DÉCISION & STRATÉGIE SANTÉ

LA GESTION DU TEMPS DE TRAVAIL À L'HÔPITAL EN 2013

LE DERNIER DES GISEMENTS ?

adRHess

DÉCISION & STRATÉGIE SANTÉ

MNH La mutuelle de la santé et du social

GMF

GROUPE PROFESSION SANTÉ

DÉCISION & STRATÉGIE SANTÉ

OUVERTURE
PAR LE PRÉSIDENT DE L'ADRHESS

Jean-Marie BARBOT, Directeur du CHS de Gentilly « Fondation Vallée »

adRHess

GROUPE PROFESSION SANTÉ

DÉCISION & STRATÉGIE SANTÉ

ALLOCUTION DU REPRESENTANT DE LA DGOS

Raymond LE MOIGN, Sous-directeur des Ressources Humaines du système de santé

adRHess

GROUPE PROFESSION SANTÉ

DÉCISION & STRATÉGIE SANTÉ

ETAT DE L'ART DE LA RTT DE 2002 A NOS JOURS

Jérôme SONTAG, DRH du CHIC de Créteil

adRHess

GROUPE PROFESSION SANTÉ

Etat de l'art de la RTT de 2002 à nos jours

- La durée légale du travail est, depuis, 2002 un sujet d'affrontement politique
- Le temps de travail à l'hôpital est au cœur de l'actualité RH : mouvement des cadres, CET, repos dus
- La recherche du compromis entre temps de travail, amélioration des conditions de travail, qualité du service et vie personnelle n'a jamais quitté les volets RH des projets d'établissement

adRHess

DÉCISION SANTÉ STRATÉGIE

Comment était-ce avant la RTT ?

- L'ordonnance du 26 mars 1982 et le décret du 6 octobre 1982 fixent le cadre applicable aux hôpitaux
- Pour mémoire :
  - 39 heures hebdomadaires
  - Dépassement en heures supps de 20h par mois et par agent
  - 4 jours de repos pour 2 semaines, dont 2 consécutifs
  - Le règlement intérieur, établi après avis du CTE, fixe l'aménagement et la répartition des horaires

Comment était-ce avant la RTT (2) ?

- Les textes ne prévoient aucune modulation du cadre hebdomadaire de travail ou variation du cycle
- Contradiction avec les circulaires ministérielles plus en phase avec la réalité
- Le droit positif ne pouvant être appliqué à la lettre, chaque hôpital écrit ses propres règles : il n'existe donc pas d'unité dans la FPH

En attendant 2002 …

- Le programme du gouvernement Jospin inscrit comme priorité la réduction du temps de travail avec comme corollaire une évolution qualitative des conditions de travail

- Loi du 13 juin 1998 d'orientation et d'incitation relative à la réduction du temps de travail

La loi du 13 juin 1998

La difficile mise en place à l'hôpital

Le contexte d'alors

- La RTT s'inscrit dans une volonté politique de mieux disant social : la réglementation fixe le socle minimum, possibilité de négocier des accords locaux

- Dans le cadre de la dotation globale de financement, le passage aux 35h s'accompagne d'un financement pluriannuel pour la création d'emplois

Les changements liés à la RTT

- Le principal bouleversement est sociétal : chacun est devenu le comptable de son temps de travail
- Le protocole d'accord du 27 septembre 2001 et le décret du 4 janvier 2002 fixe un cadre réglementaire commun et partagé pour les hôpitaux :
  - Le temps de travail effectif est défini
  - Le décompte du temps travail effectif est annualisé
  - Le temps de vestiaire et de repas font l'objet de règles partagée ... mais non exemptes de débats !

Le temps de travail

- La durée hebdomadaire de travail effectif ne peut excéder 48 heures au cours d'une période de 7 jours, heures sups comprises
- La durée quotidienne du travail ne peut excéder 9 heures de jour et 10 heures de nuit
- En fonction des contraintes de continuité du service et après avis du CTE, l'amplitude de la journée peut atteindre 12 heures
- Les repos hebdomadaires sont de 36 heures consécutives et les repos quotidiens de 12 heures consécutives minimum

Le temps de travail (2)

- Le nombre de jours de repos est fixé à 4 jours pour 2 semaines dont 2 d'entre eux au moins doivent être consécutifs dont un dimanche
- Une pause de 20 minutes toutes les 6 heures de travail consécutives doit être accordée

- L'annualisation du temps de travail se traduit par une organisation en cycle de travail et la diffusion du tableau de service mensuel ou planning

Le cycle de travail

- Le cycle de travail est défini par le directeur de l'hôpital, après avis du CTE.
- La durée d'un cycle ne peut être inférieure à la semaine ni supérieure à 12 semaines.
- Au cours du cycle, le nombre d'heures effectuées peut varier, dans le respect du temps de travail.
- La quotité travaillée dans le cycle permet d'intégrer et définir les modalités de prise des jours de repos supplémentaires : les RTT.

Et la nuit ? Les 32h30

- Les agents de nuit (soit la période entre 21h et 6h ou toute période de 9h consécutives entre 21h et 7h) à compter du 1er janvier 2004 travaillent 32h30 soit 1 470 heures annuelles
- Ce passage aux 32h30 de nuit s'est accompagné d'un protocole d'assouplissement signé le 9 janvier 2003

Eléments de bilan

- La FPH dispose d'un socle commun
- La RTT est perçue comme un acquis social
- Les accords locaux sont vus aujourd'hui comme généreux
- Les crédits RTT ont parfois comblé les déficits liés au passage à la T2A
- Les métiers non soignants ont parfois été les perdants de la RTT (rapport de la MNE)

Eléments de bilan (2)

- Le CET historique est un risque RH et financier et constitue une dette sociale majeure
- A cela s'ajoute le volume des repos dûs
- Le régime du forfait perçu en 2002 comme une avancée pour les cadres est aujourd'hui remis en cause
- L'amélioration des conditions de travail et de la qualité de vie au travail – son aménagement – restent des thématiques toujours en débat.

DÉCISION & STRATÉGIE SANTÉ

ENQUÊTE REGIONALE SUR LA GESTION DU TEMPS DE TRAVAIL DANS LES HÔPITAUX EN ILE DE FRANCE

Conférence régionale des DRH FHF Ile de France

adRHess

GROUPE PROFESSION SANTÉ

Présentation de l'enquête

- **Thèmes de l'enquête :**
  - Accord local RTT
  - Organisation du temps de travail
  - Droits à congés
  - Temps de travail des cadres
  - Logiciel de gestion du temps de travail

- **49 établissements de la région Ile de France ont répondu à l'enquête (hors APHP)**

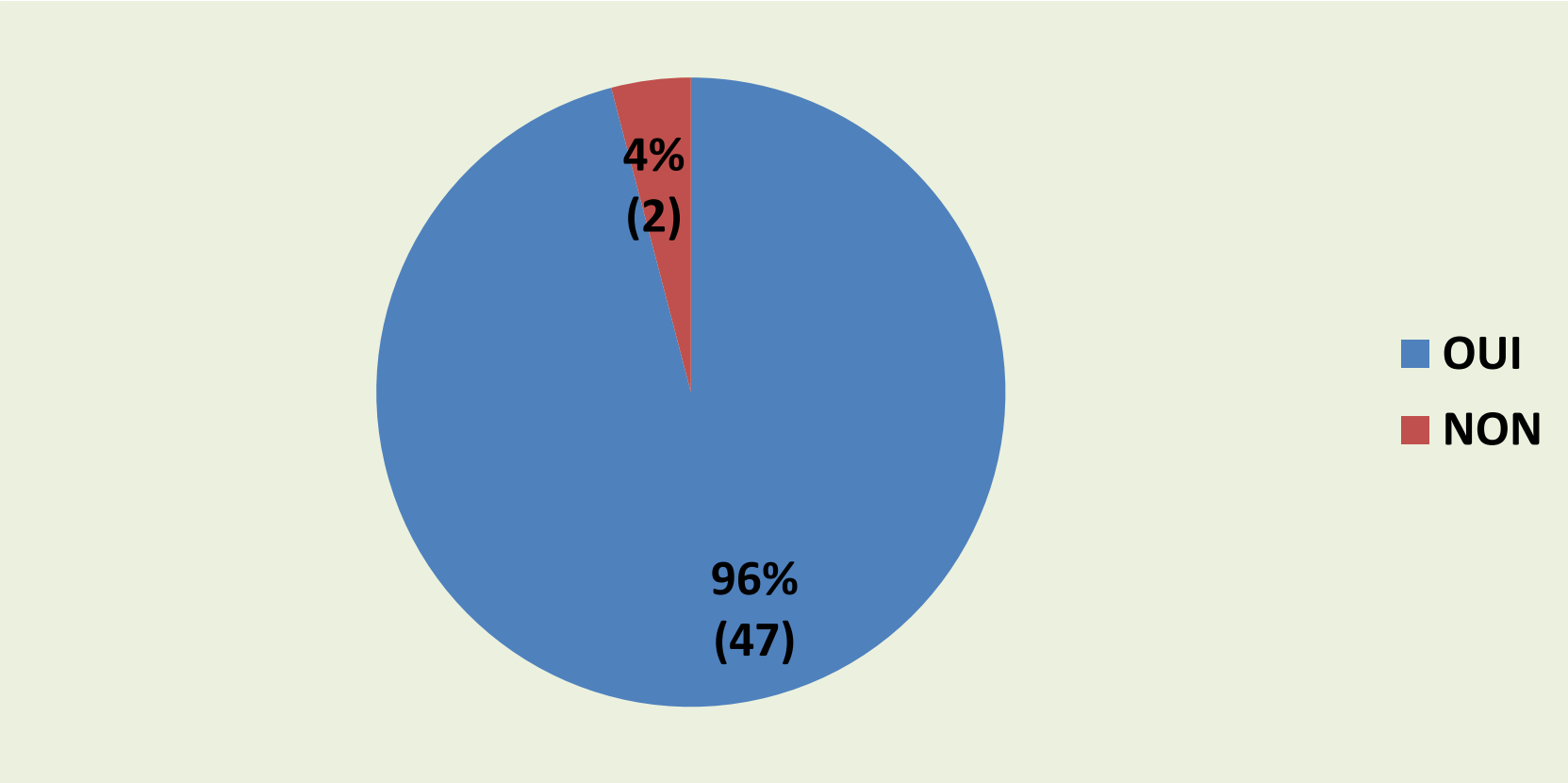
49 établissements ont répondu à l'enquête

Département	Nombre d'établissements	Synthèse départementale
91	4	Céline DUGAST (DRH Sud Francilien)
75 et 93	4	Marie-Cécile MOCELLIN (DRH CH Sainte Anne)
95	9	Valérie CHAPELLE (DRH CH Argenteuil)
78	10	Clotilde COUSIN (DRH CH Mantes la Jolie)
94	5	Jérôme SONTAG (DRH CHIC Créteil)
92	10	Noémie SCHOEBEL (DRH CH des Quatre Villes)
77	7	Alain KNOPF (DRH CH Melun)

Accord local RTT

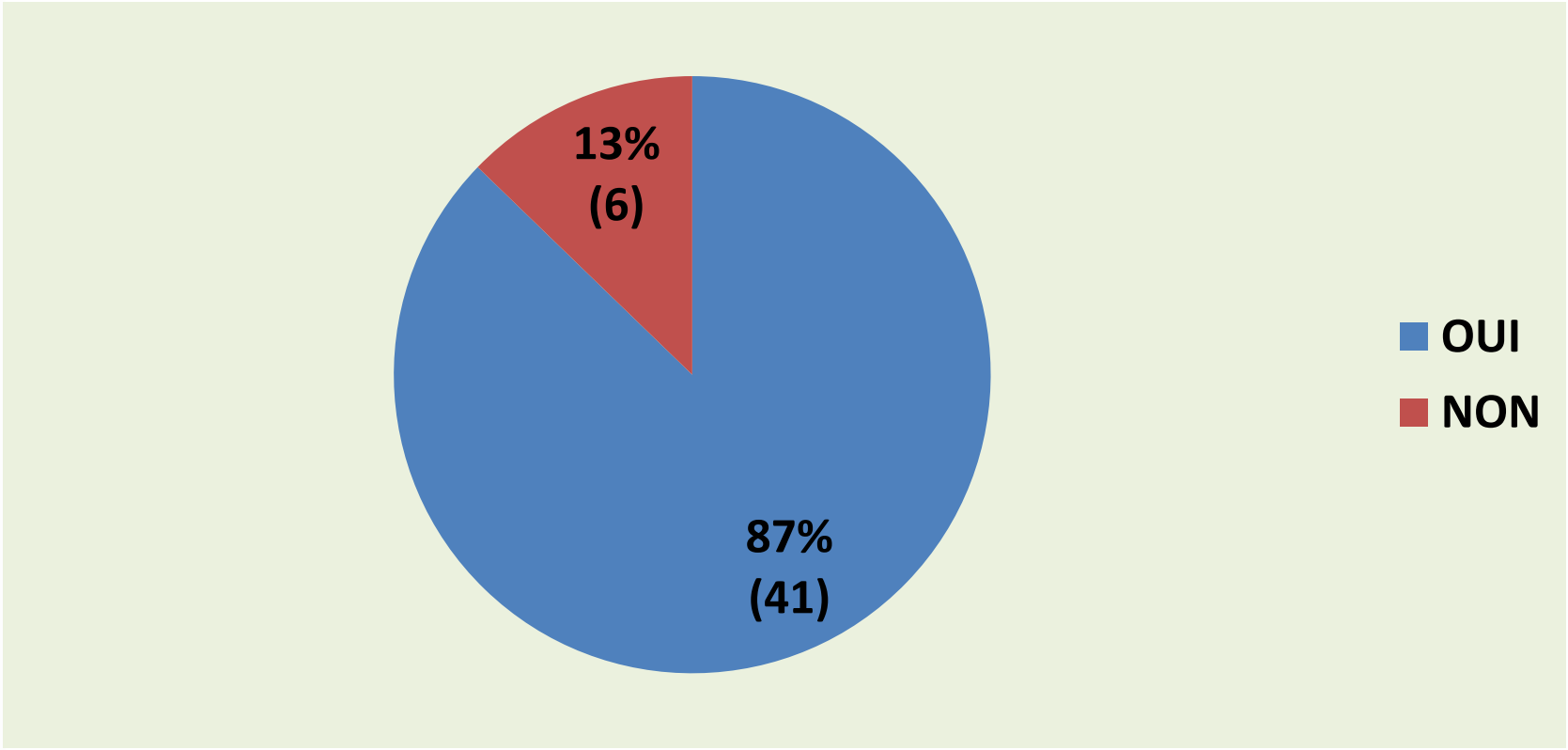
Accord local RTT

96% des établissements ont un protocole RTT



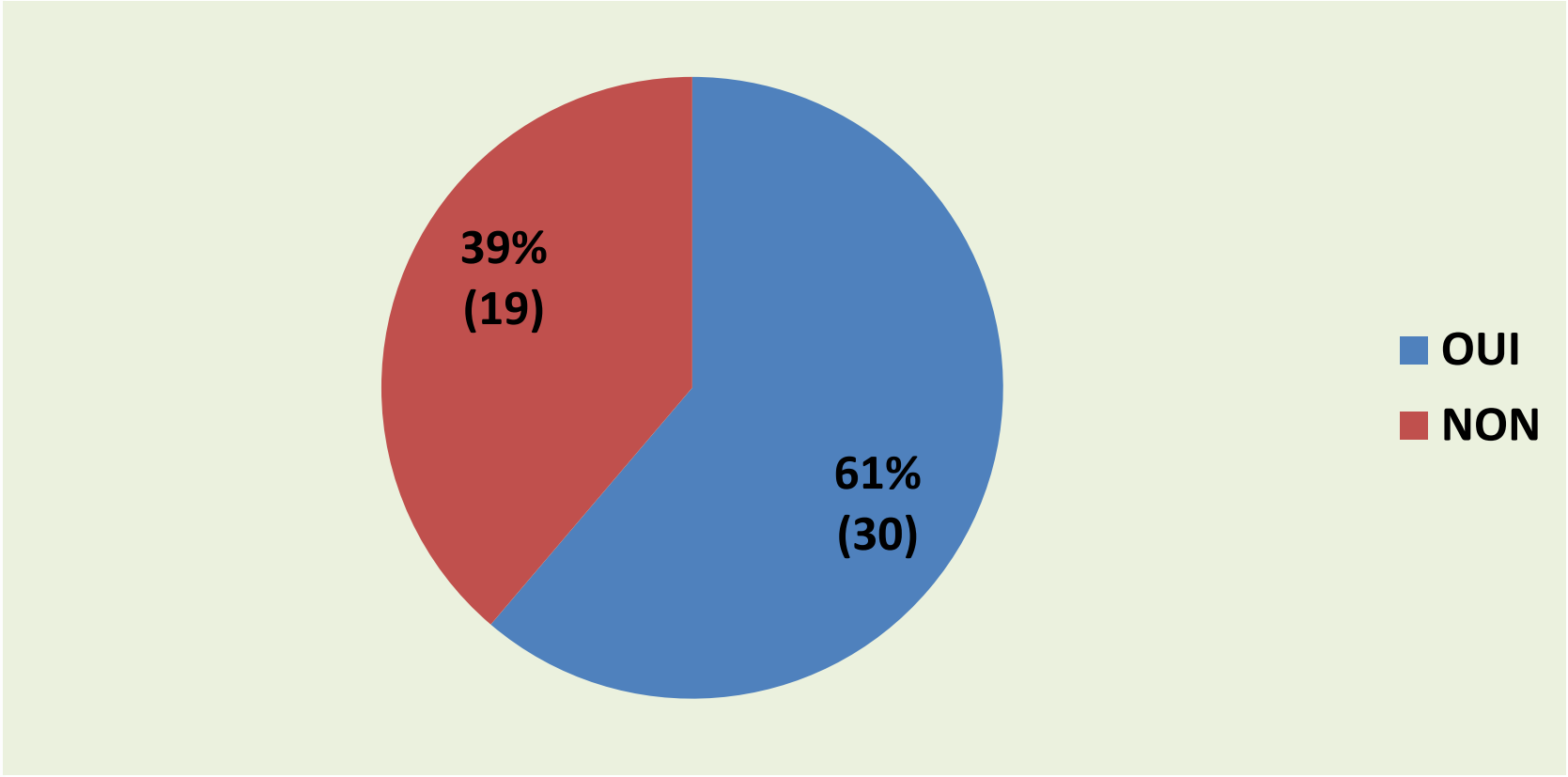
Accord local RTT (suite)

87% des protocoles ont été signés par des organisations syndicales et la direction



Accord local RTT (suite)

61% des établissements ont élaboré un guide RTT ou GTT

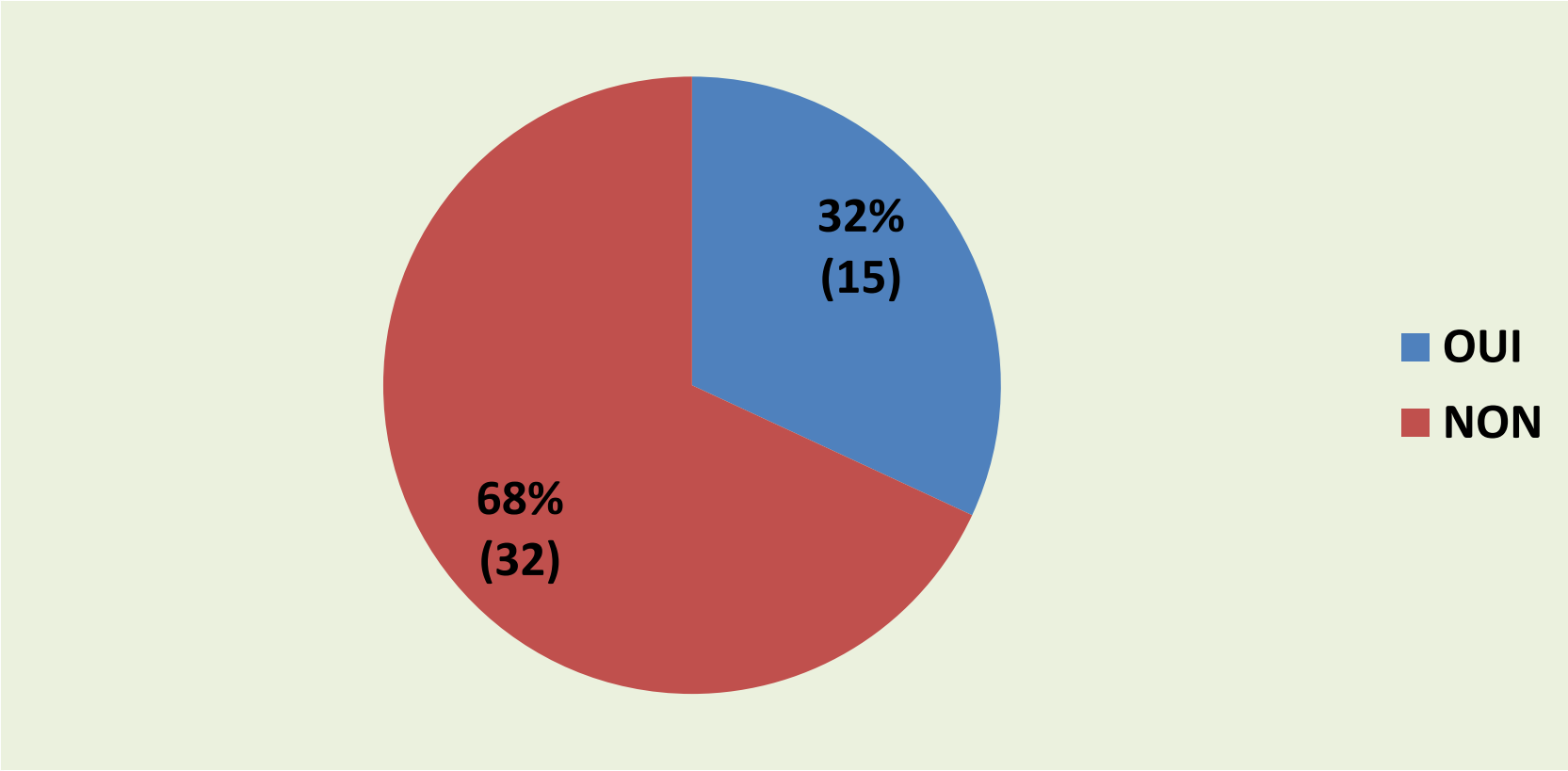


Accord local RTT (suite)

- 11 établissements ont répondu qu'ils n'avaient **ni guide ni d'autres documents**
- 2 établissements ont signalé qu'un guide était **en cours de rédaction**
- 6 établissements ont précisé qu'ils avaient d'autres documents : **procédures qualité, notes d'information, charte sur le temps de travail, charte des plannings, guide des plannings…**

Accord local RTT (suite)

32% des établissements ont renégocié leur protocole

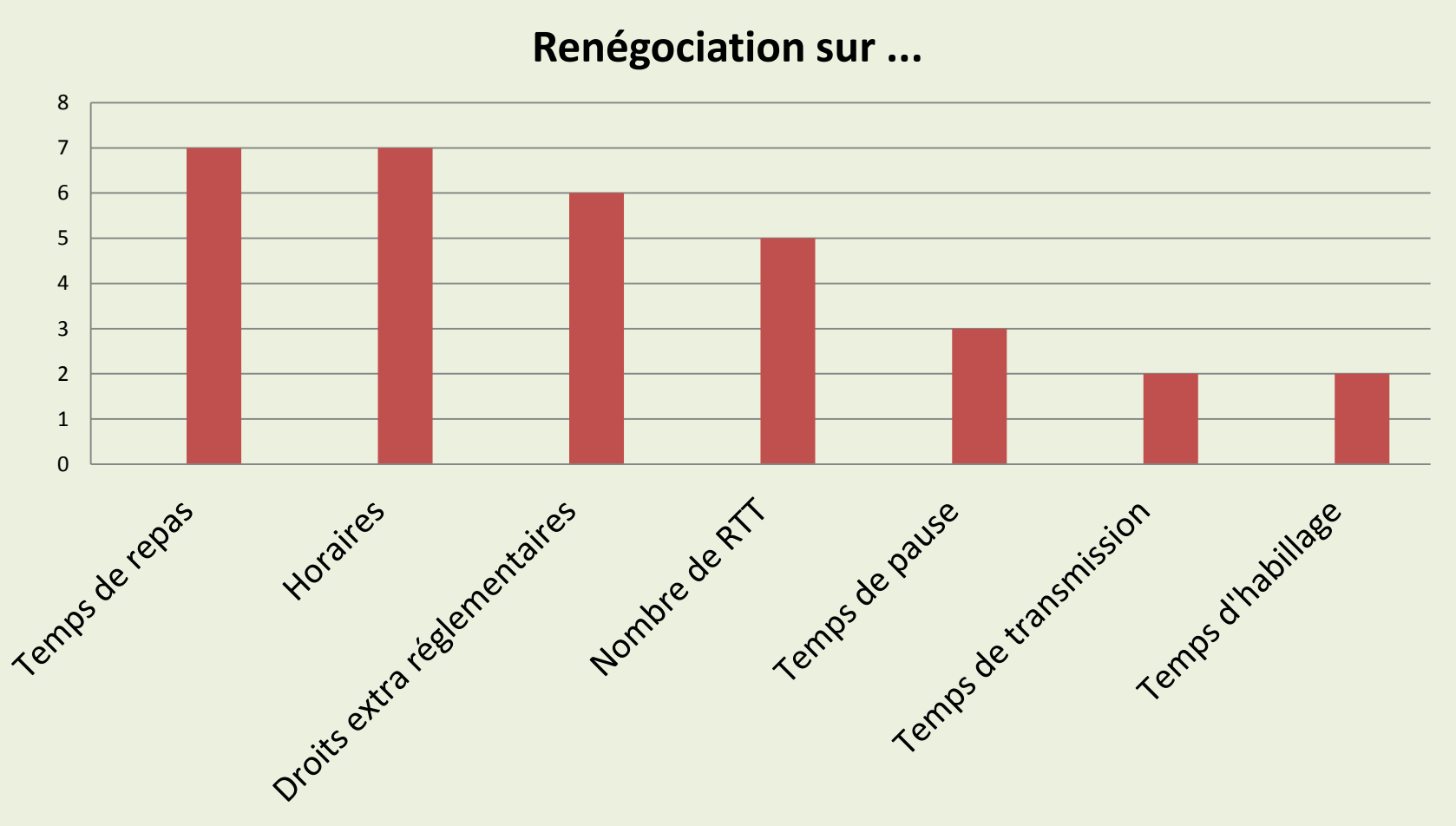


Accord local RTT (suite)

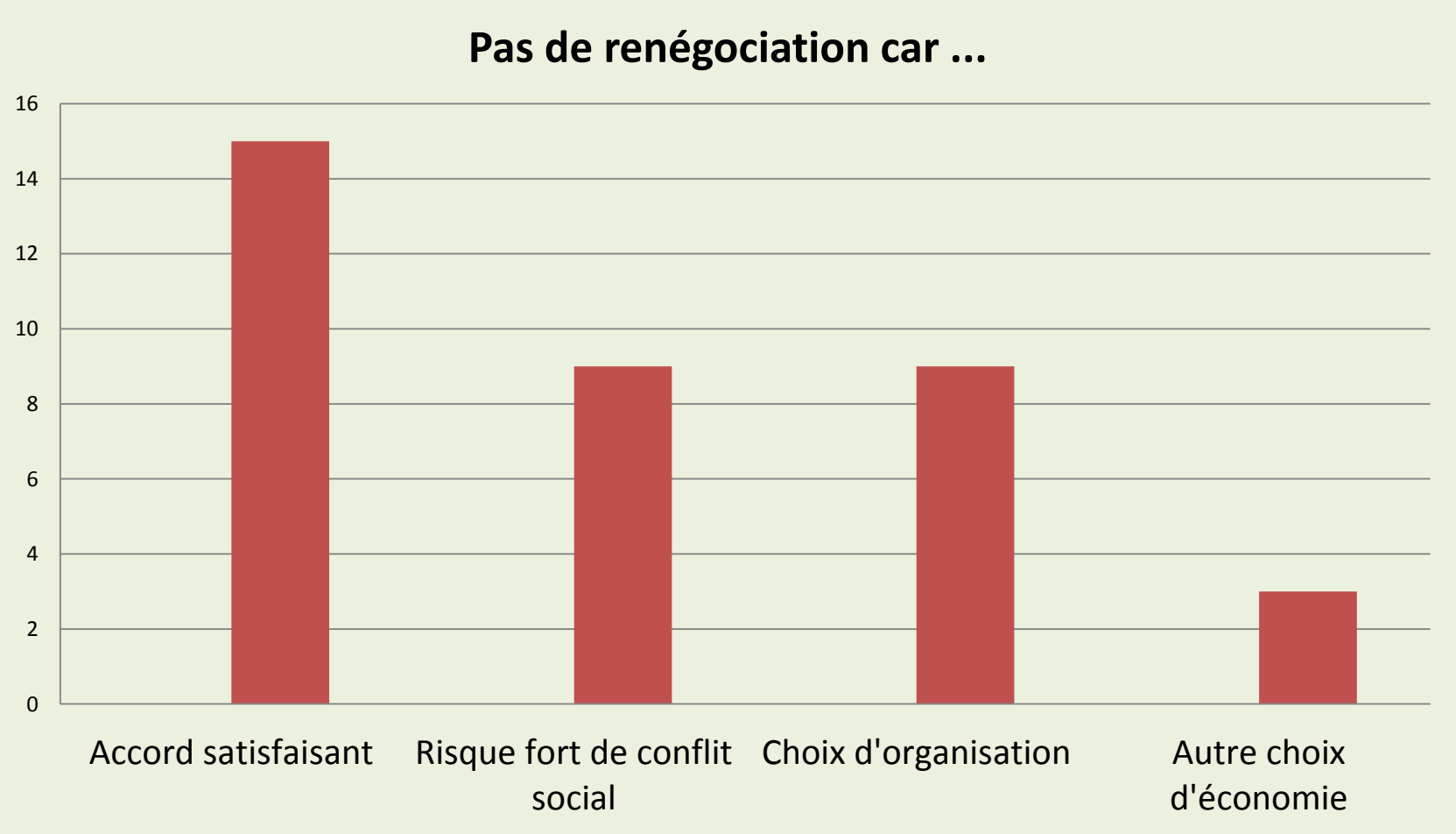
- **Les 3 principales années de renégociation du protocole RTT :**
  - 2009 (5 établissements)
  - 2012 (3 établissements)
  - 2011 (2 établissements)

- **1 établissement a renégocié 3 fois son protocole RTT**

Accord local RTT (suite)

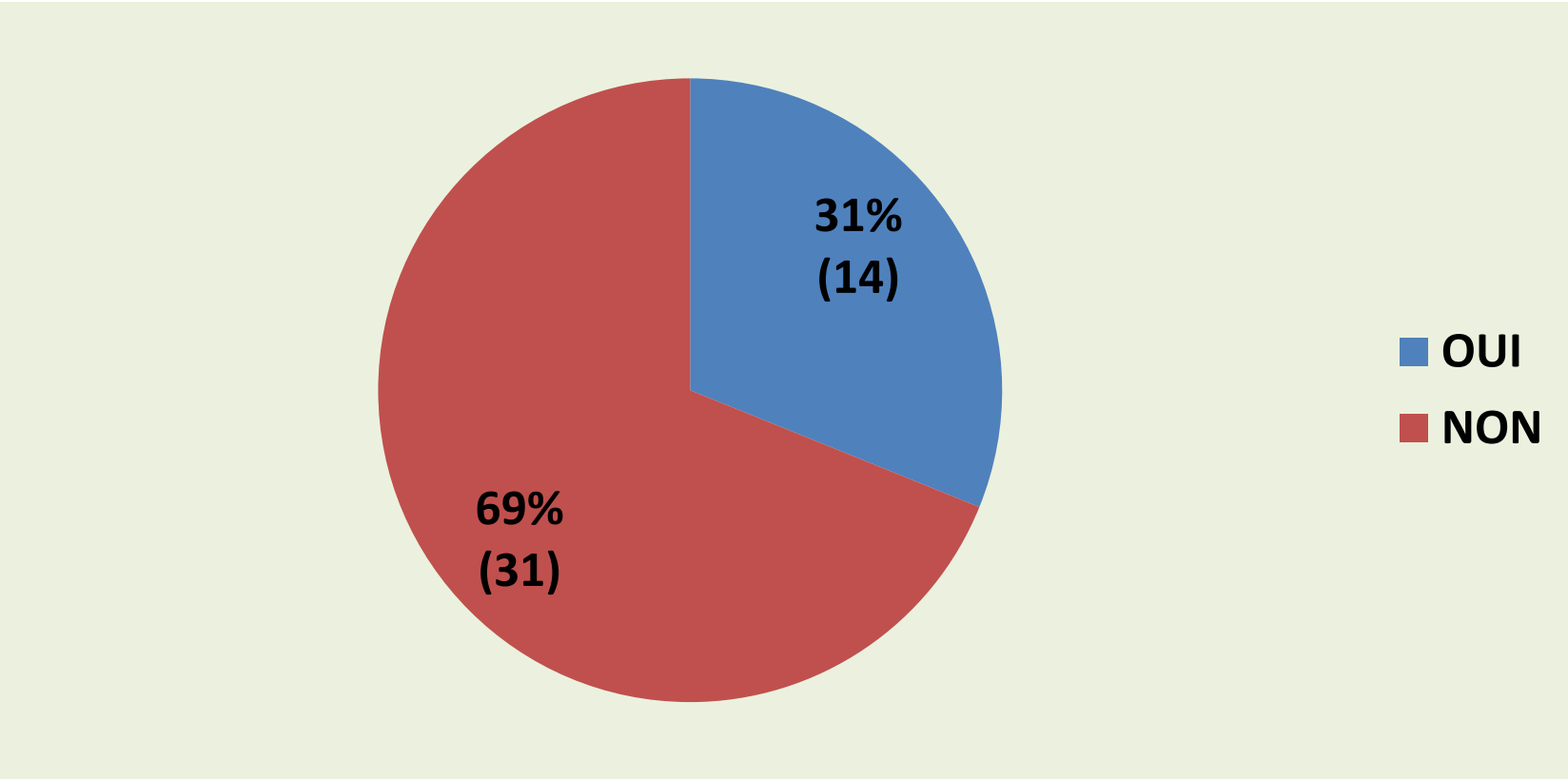


Accord local RTT (suite)



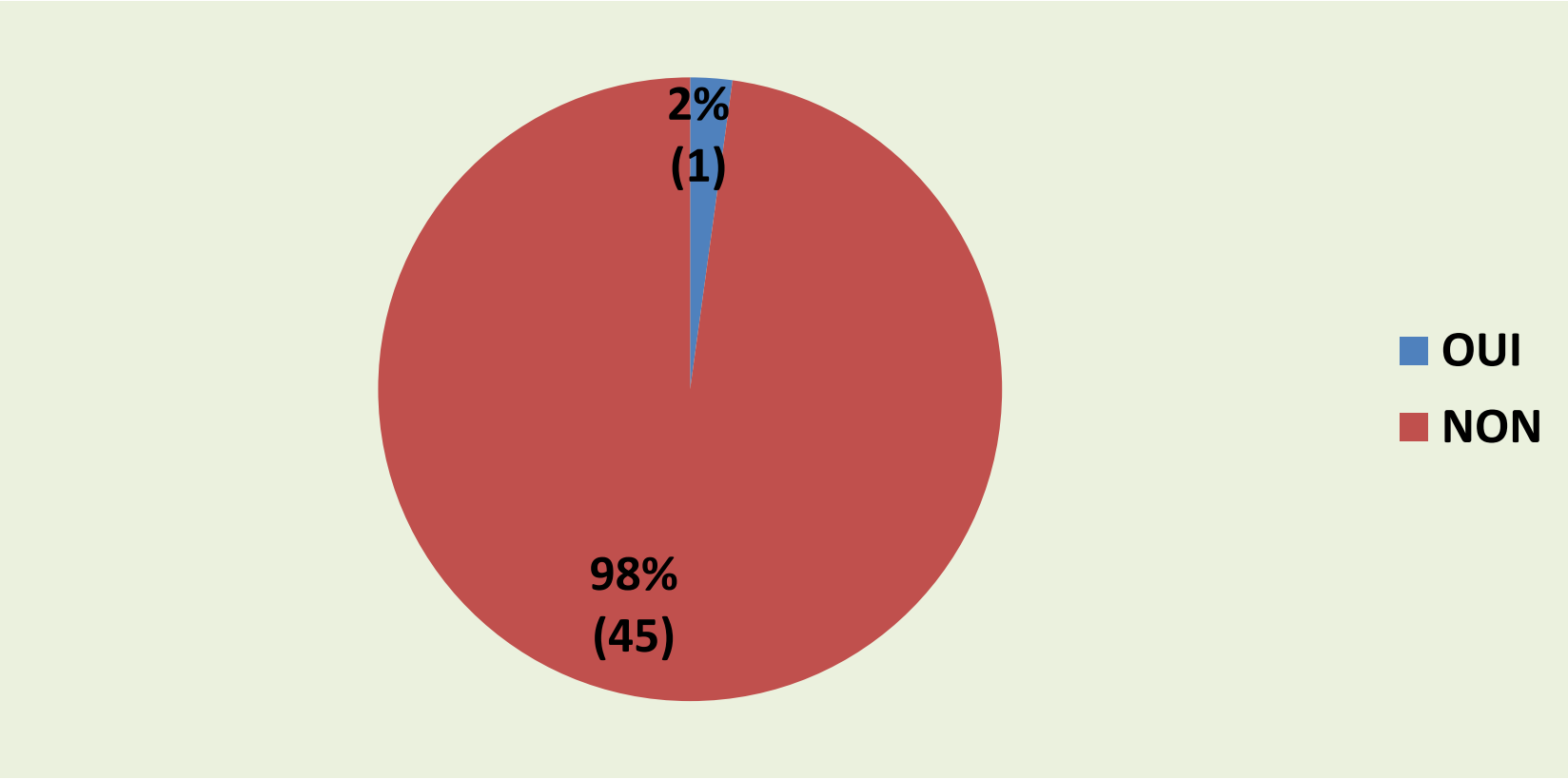
Accord local RTT (suite)

69% des protocoles ne contiennent pas de clause de renégociation



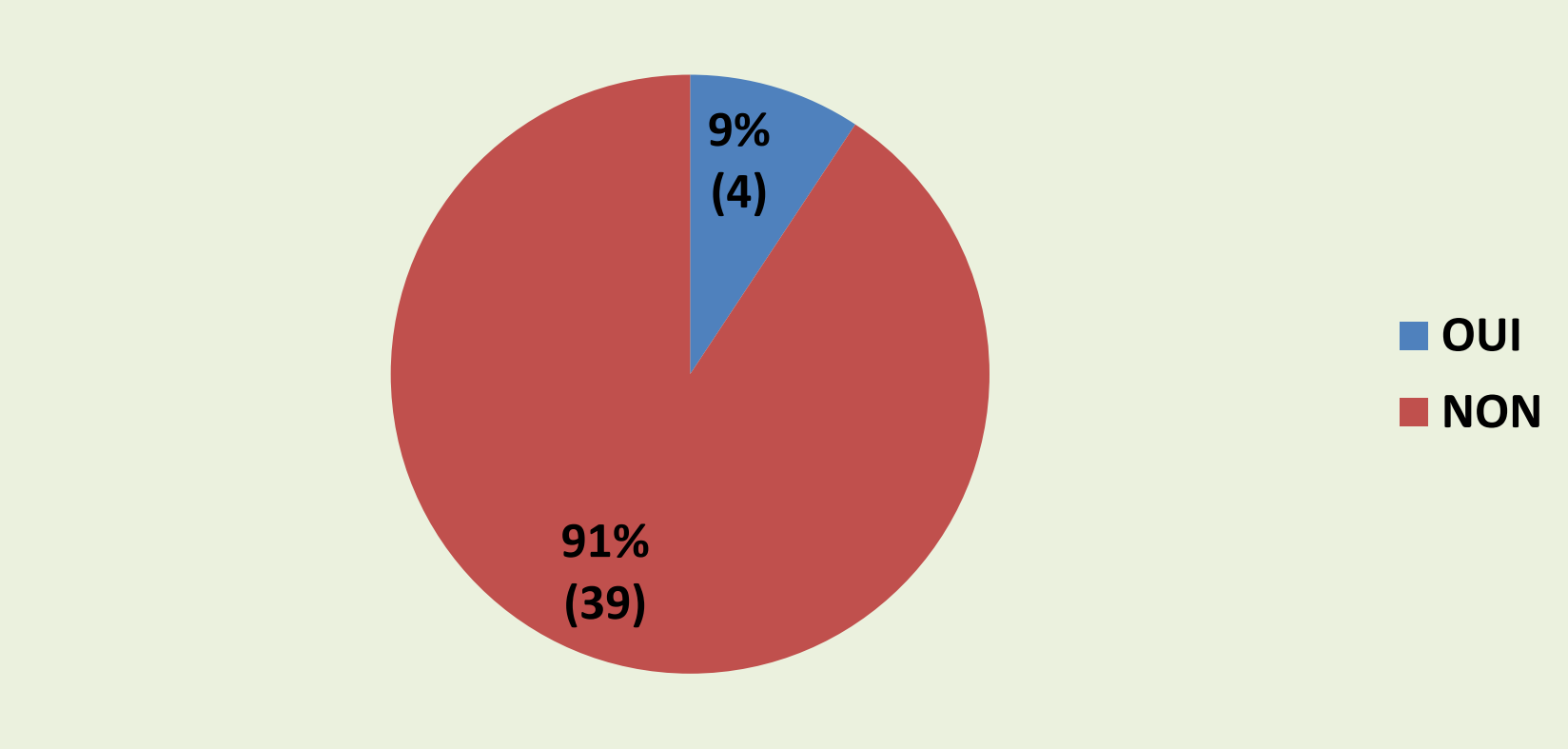
Accord local RTT (suite)

98% des protocoles n'ont pas de terme pour leur mise en œuvre



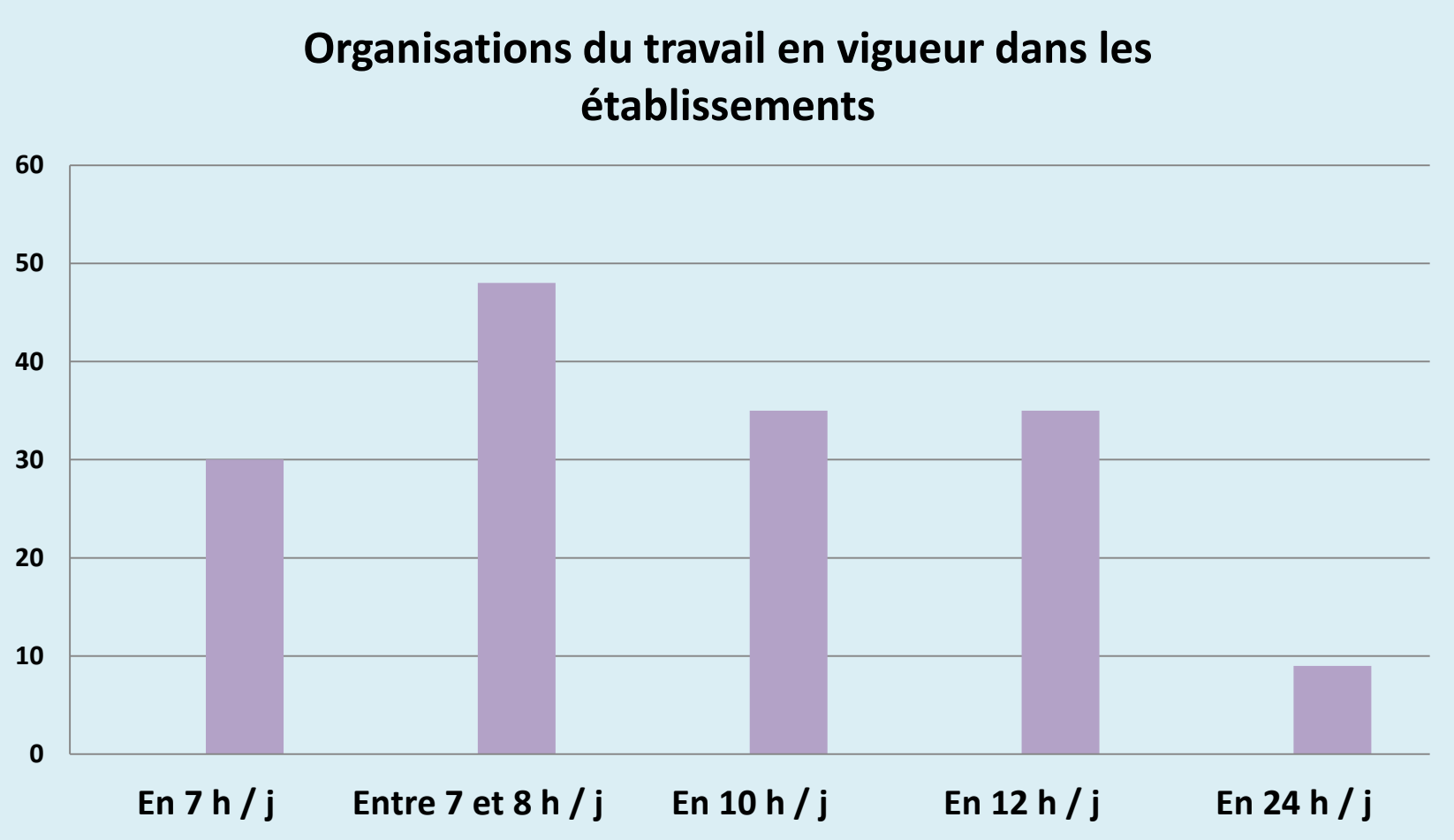
Accord local RTT (suite)

91% des protocoles ne contiennent pas de clause d'application immédiate de la réglementation ultérieure

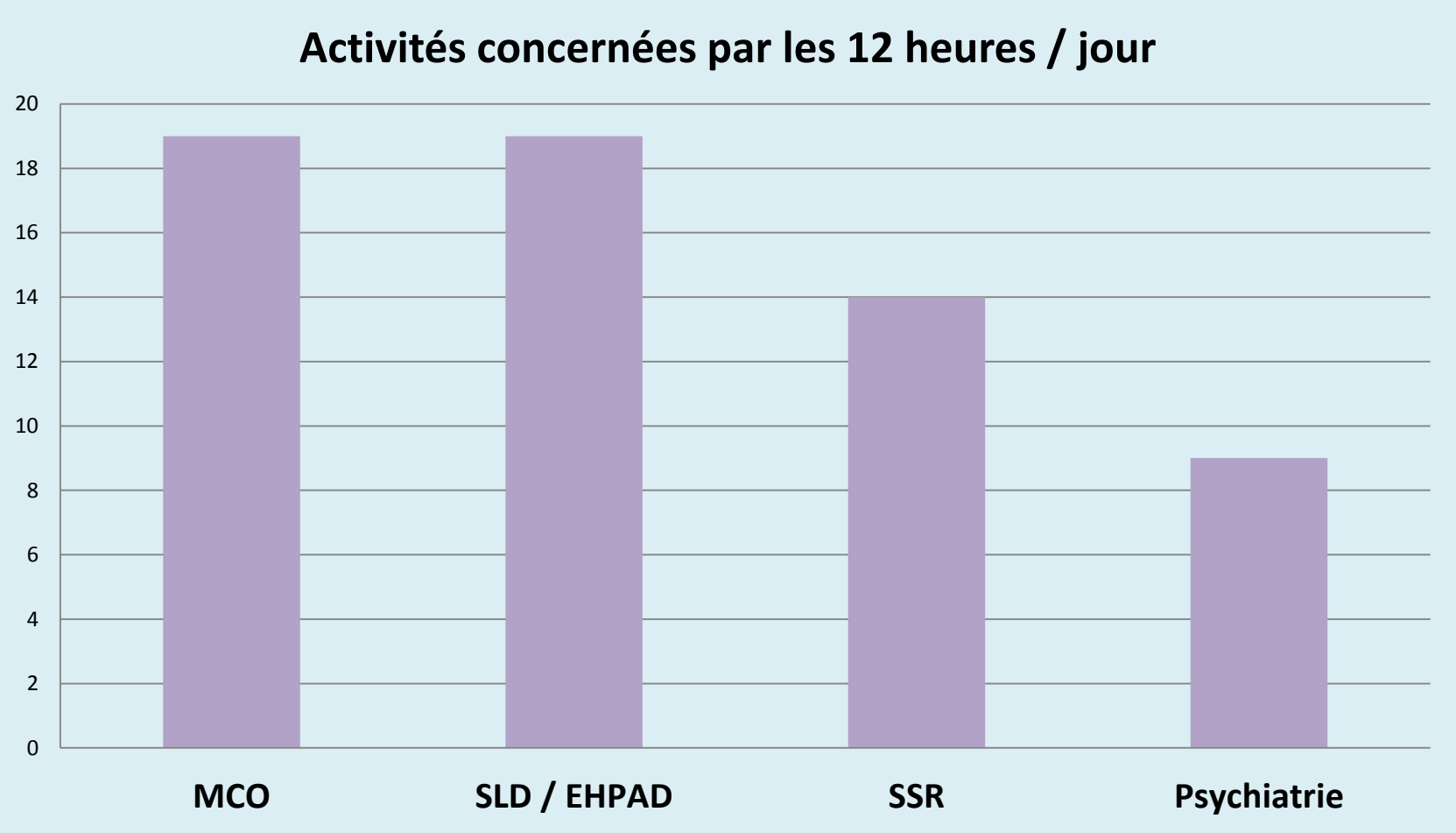


Organisation du temps de travail

Organisation du temps de travail



Organisation du temps de travail (suite)



Organisation du temps de travail (suite)

- **Catégories de personnels concernés par l'organisation de travail en 24 heures / jour :**

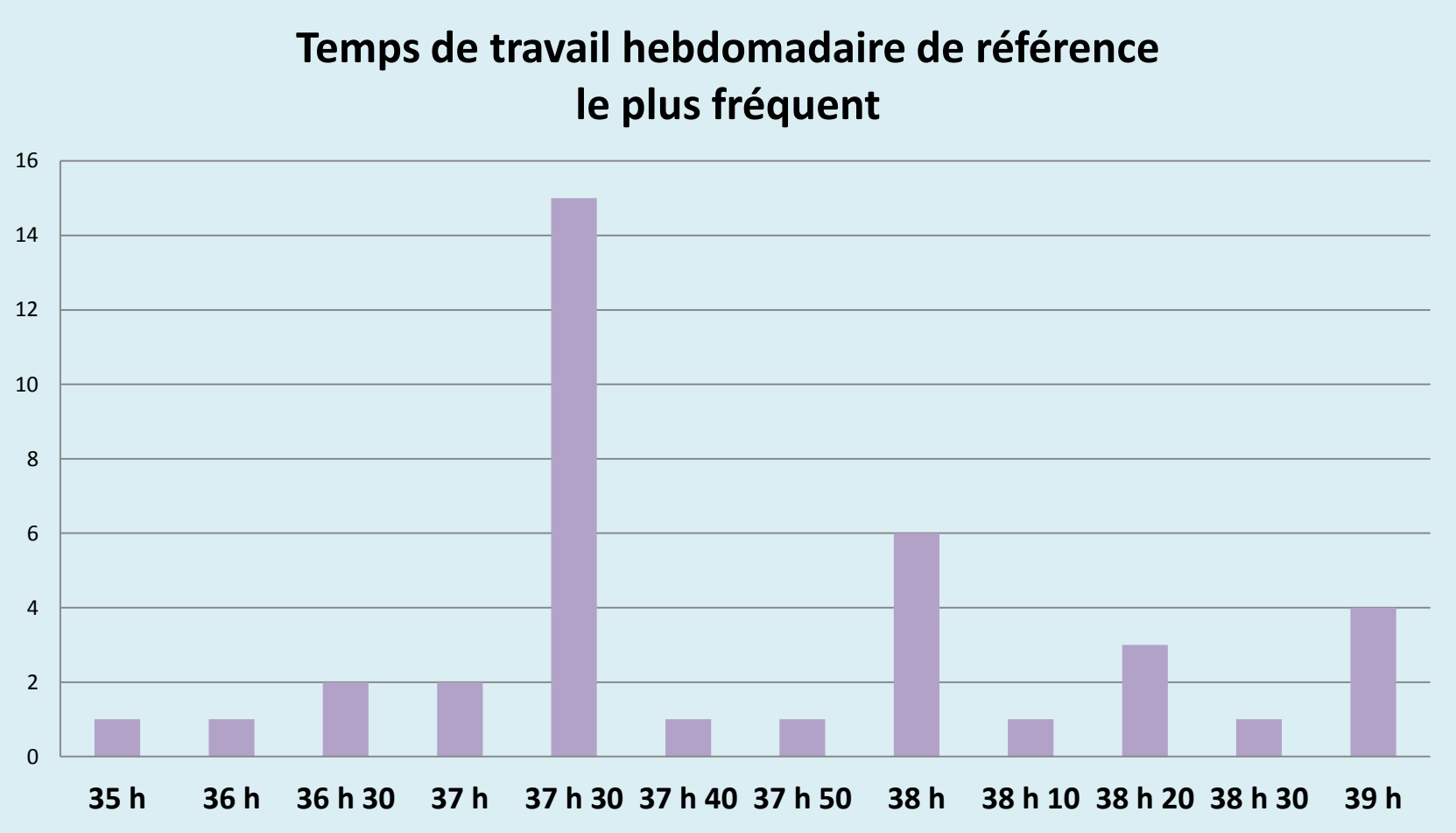
  IADE, IBODE, sage-femme, IDE SMUR, technicien de laboratoire, manipulateur en électroradiologie

  (9 établissements)

Organisation du temps de travail (suite)

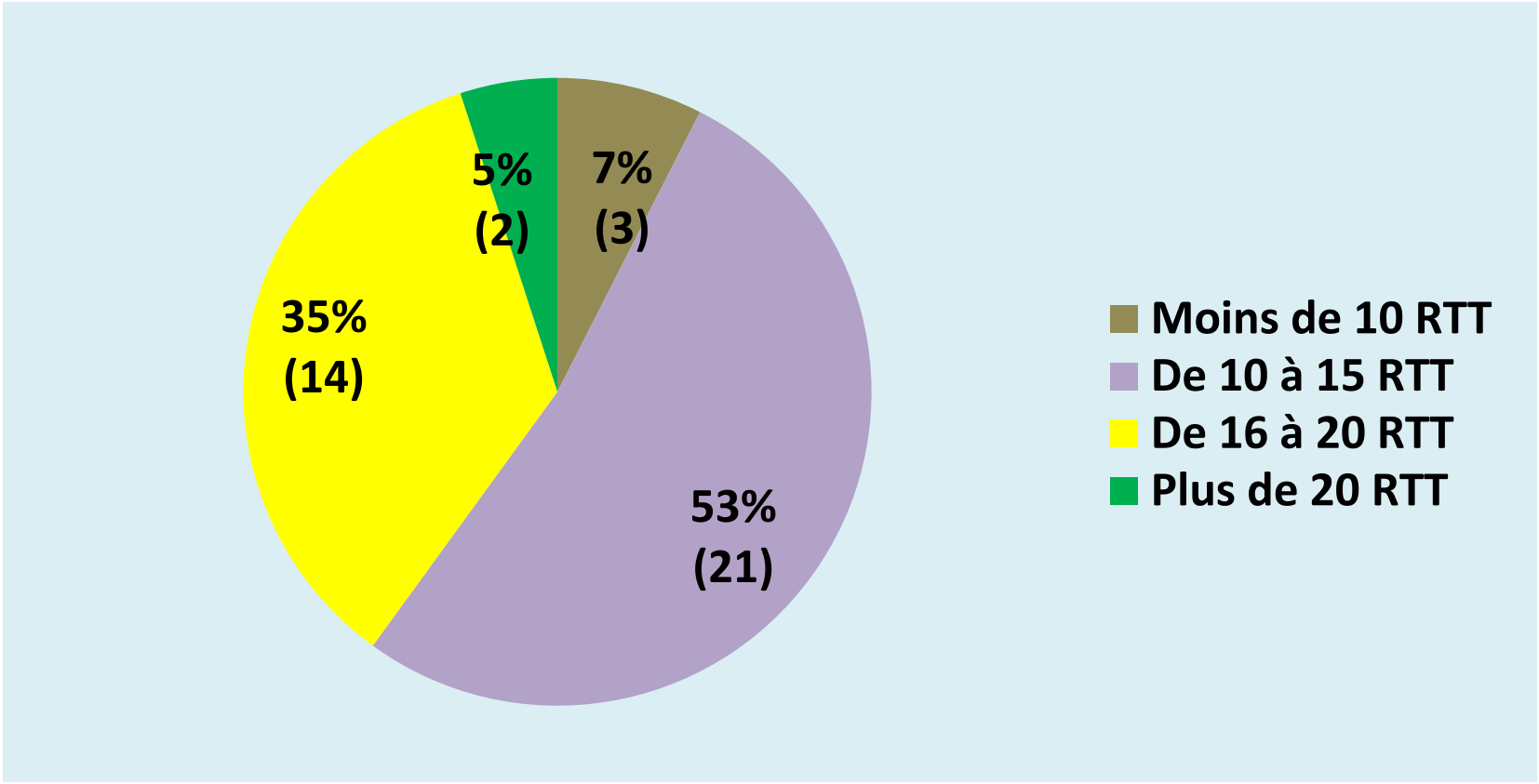
- **Autres organisations du temps de travail :**
  - 9 heures (2 établissements)
  - 10 heures 30 (1 établissement)
  - 11 heures (1 établissement)
  - 8 heures 45 x 4 jours (1 établissement)

Organisation du temps de travail (suite)



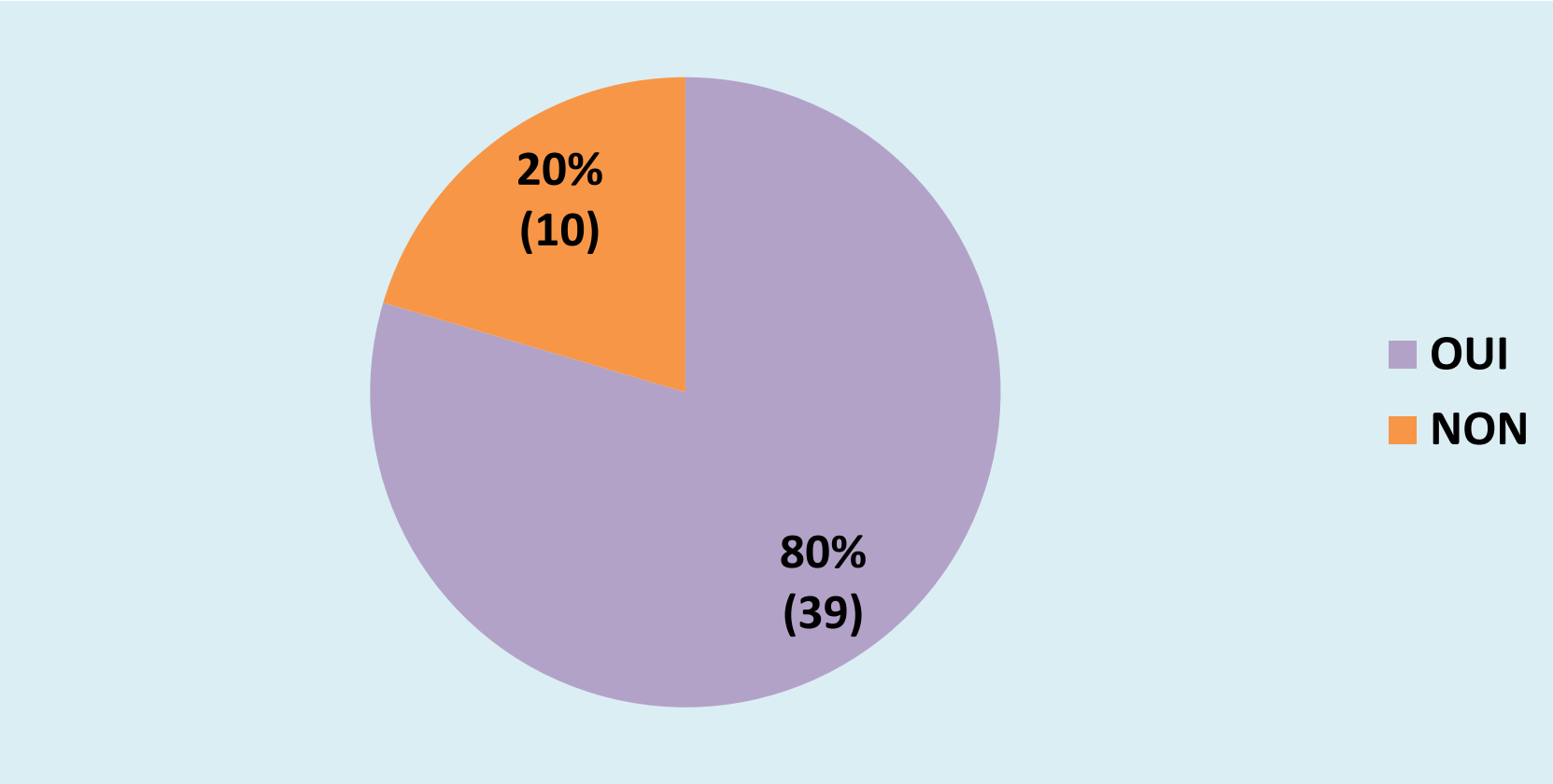
Organisation du temps de travail (suite)

**Dans 53% des établissements,
10 à 15 RTT sont alloués par an**



Organisation du temps de travail (suite)

Des cycles de travail sont mis en place dans 80% des établissements



Organisation du temps de travail (suite)

- **Durée annuelle du travail pour les agents en repos variable de jour :**
  - moyenne : **1556,18 heures**
  - les 3 durées annuelles les plus citées
    - 1547 heures (7 établissements)
    - 1582 heures (6 établissements)
    - 1540 heures (4 établissements)

Organisation du temps de travail (suite)

- **Durée annuelle du travail pour les agents en repos fixe de jour :**
  - moyenne : **1583,15 heures**
  - les 4 durées annuelles les plus citées
    - 1568 heures (7 établissements)
    - 1582 heures (6 établissements)
    - 1600 heures (4 établissements)
    - 1607 heures (4 établissements)

Organisation du temps de travail (suite)

- **Durée annuelle du travail pour les agents de nuit :**

  - moyenne : **1389,47 heures**
  - les 3 durées annuelles les plus citées

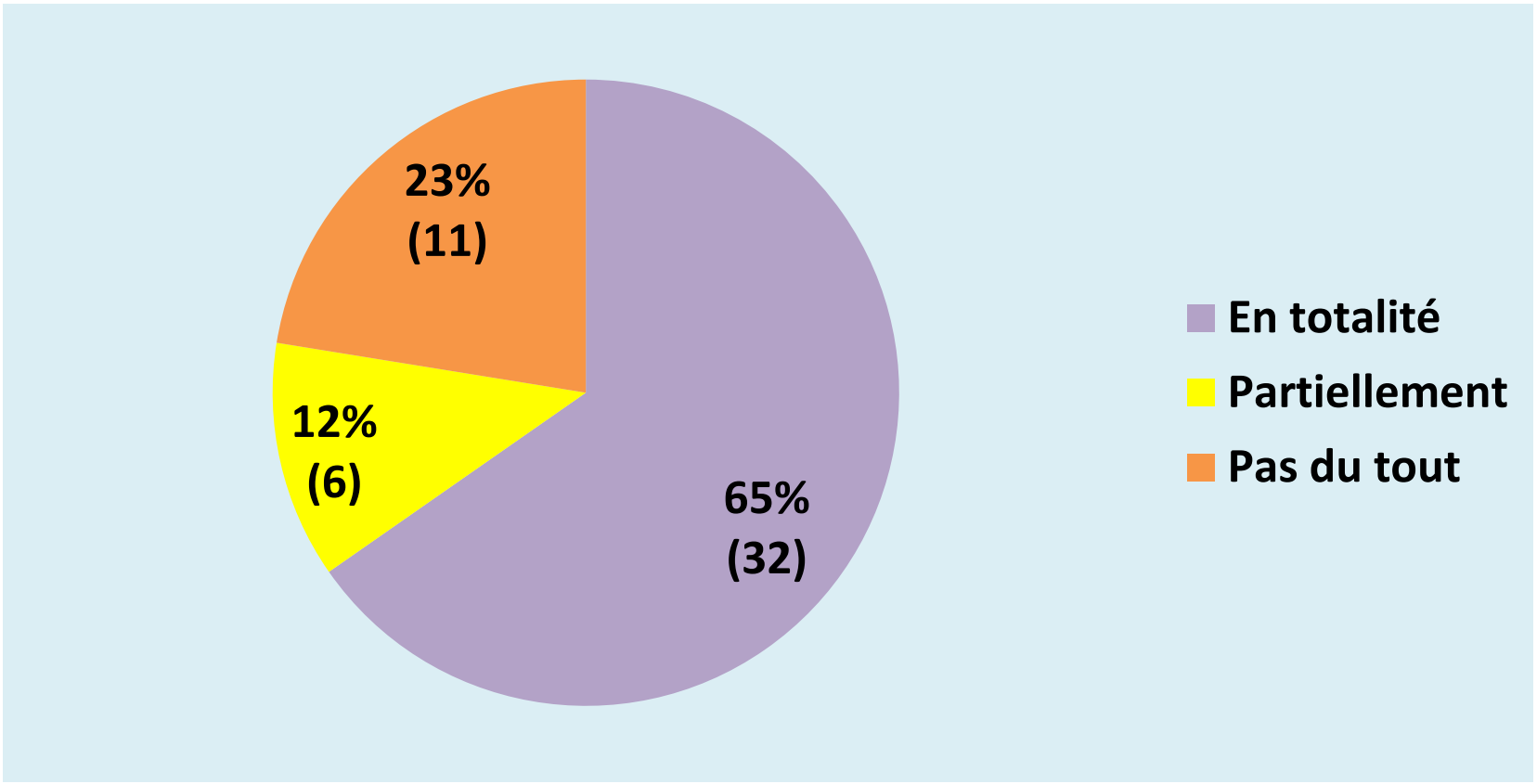
    1476 heures (6 établissements)

    1450 heures (4 établissements)

    1456 heures (3 établissements)

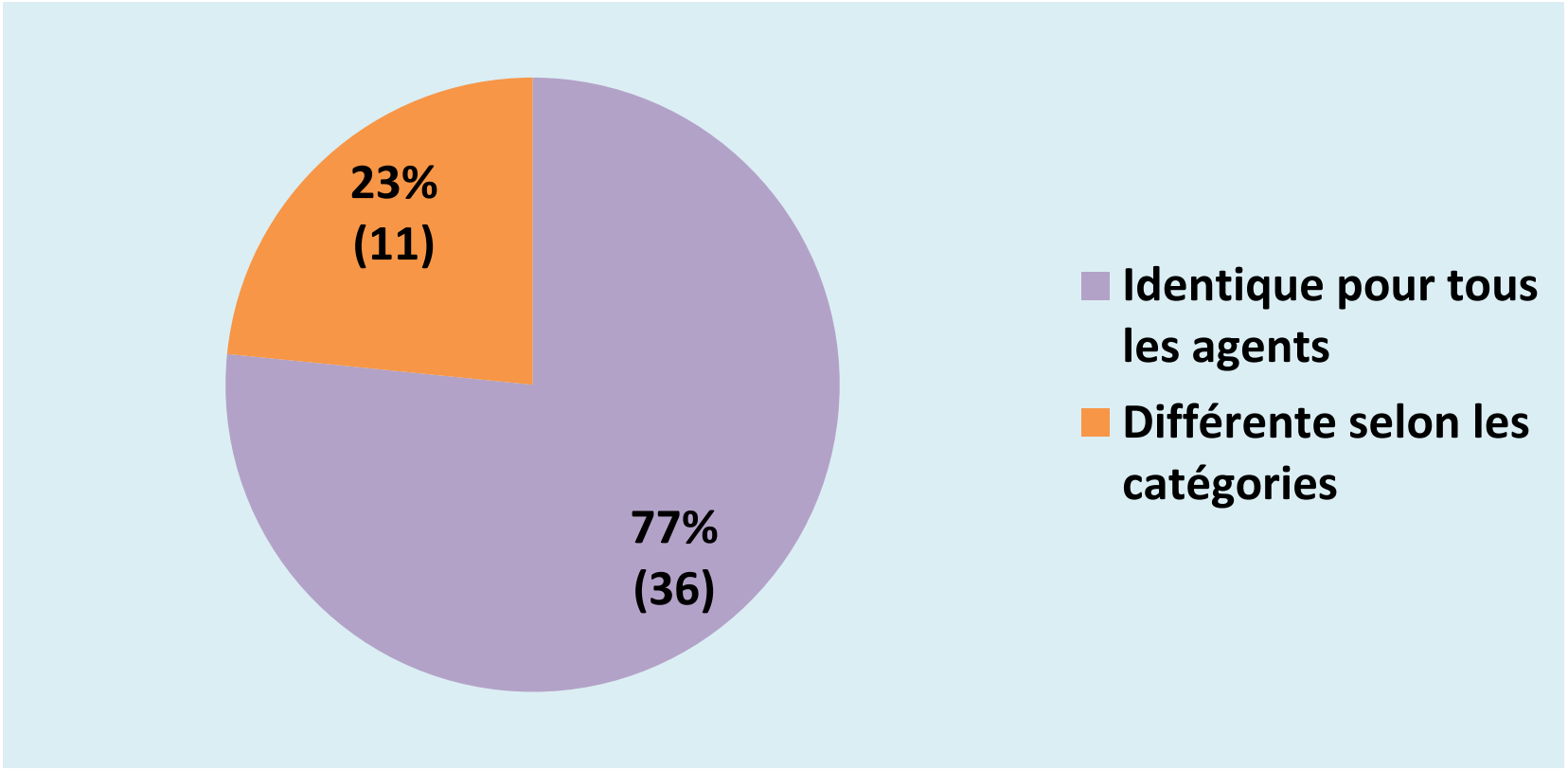
Organisation du temps de travail (suite)

Le temps de repas est inclus en totalité dans le temps de travail dans 65% des établissements



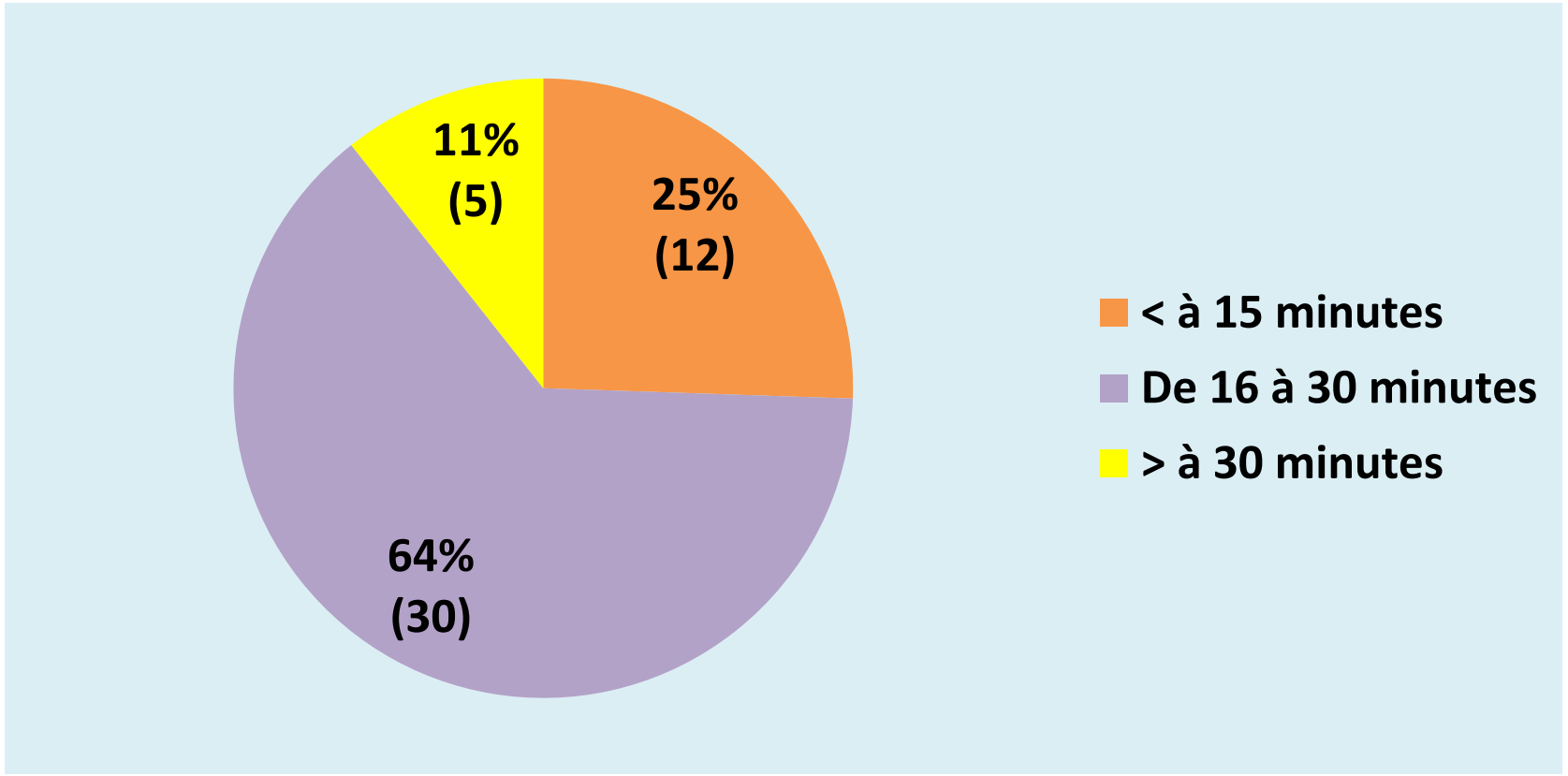
Organisation du temps de travail (suite)

Les modalités de prise en compte du temps de repas sont identiques pour tous les agents dans 77% des établissements



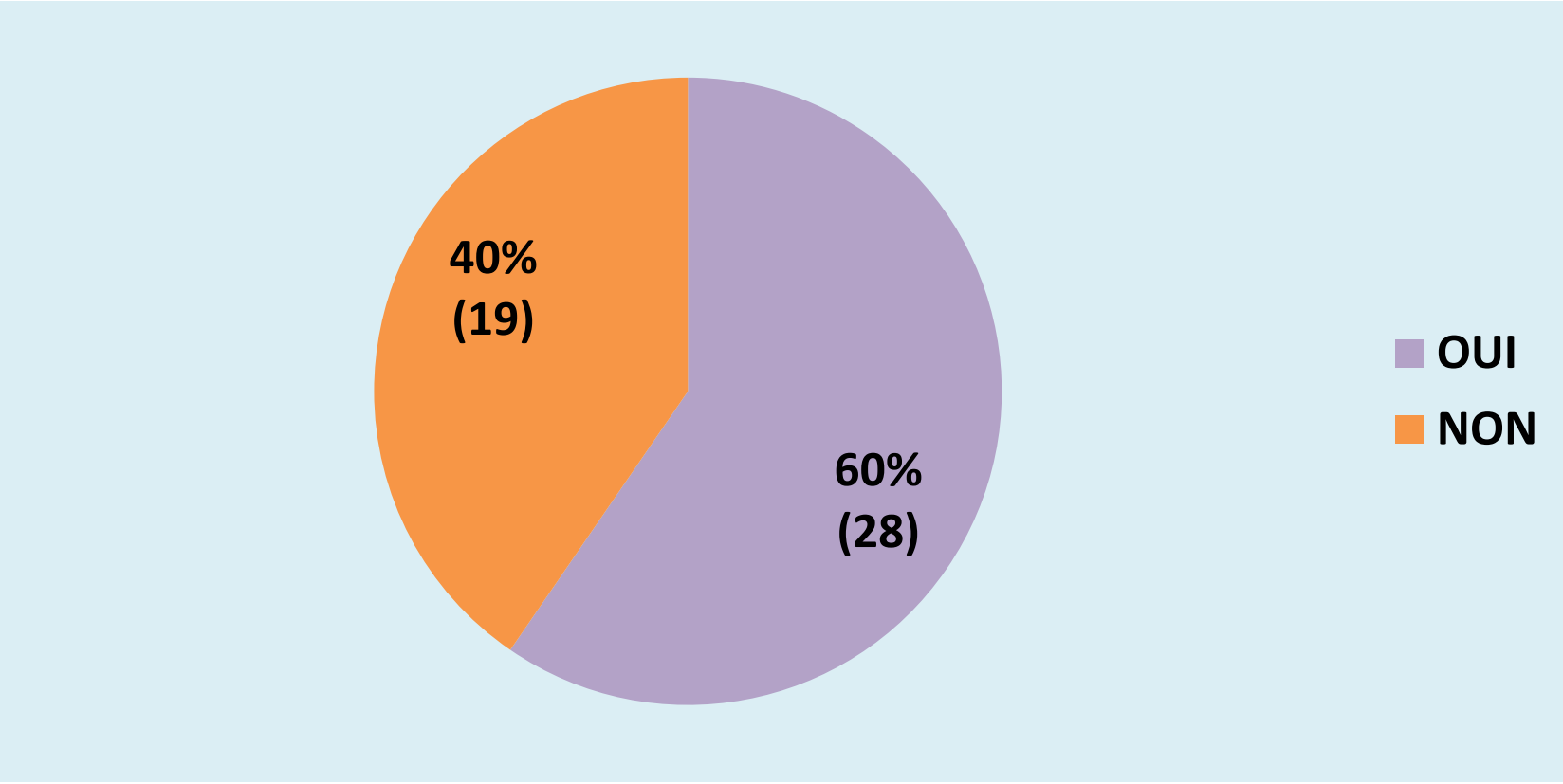
Organisation du temps de travail (suite)

Les transmissions durent en moyenne de 16 à 30 minutes dans 64% des établissements



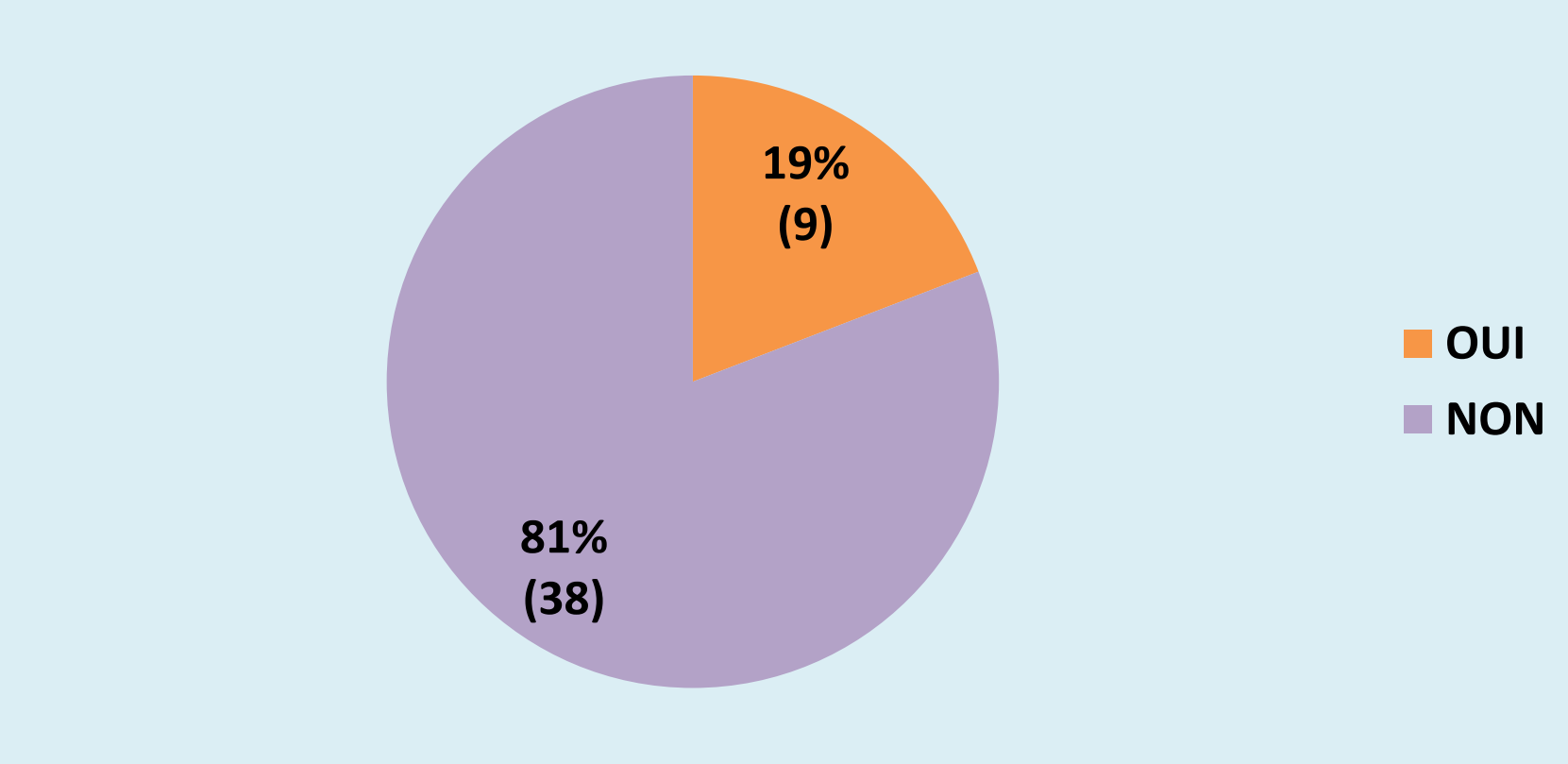
Organisation du temps de travail (suite)

Les dépassements horaires liés aux transmissions sont récupérés au réel dans 60% des établissements



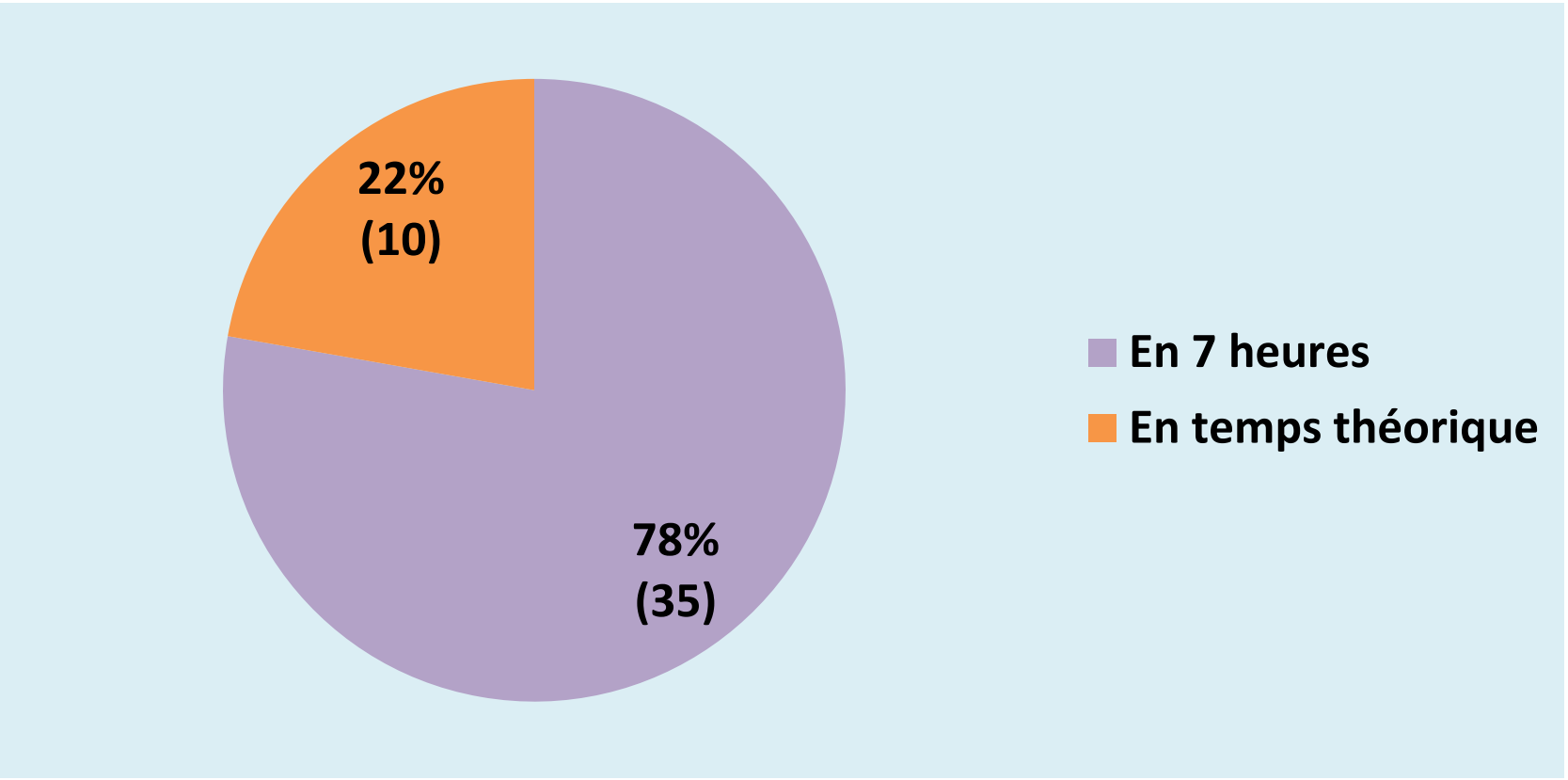
Organisation du temps de travail (suite)

Les dépassements horaires liés aux transmissions sont récupérés forfaitairement dans 19% des établissements



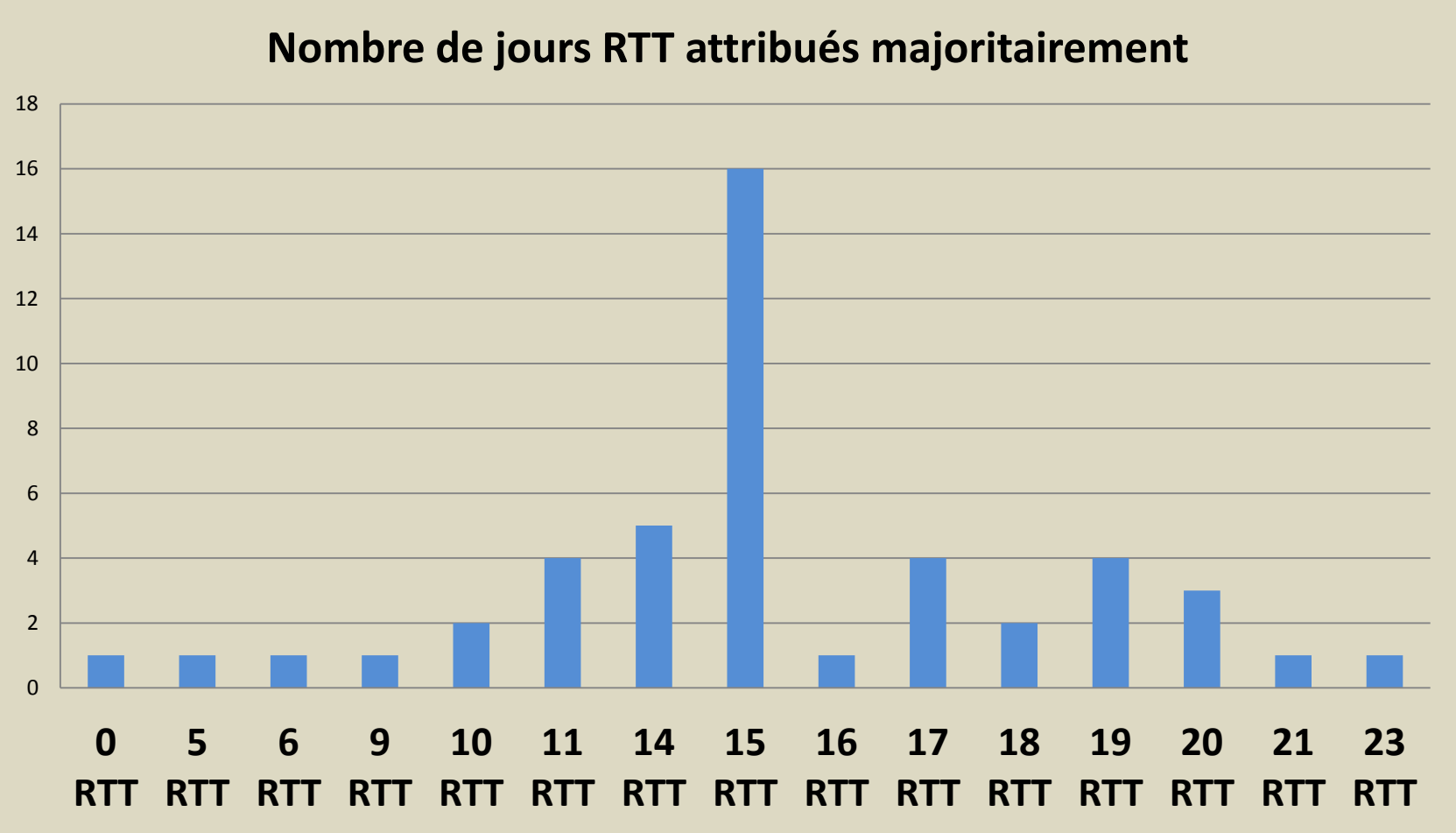
Organisation du temps de travail (suite)

La journée de formation vaut 7 heures par jour dans 78% des établissements



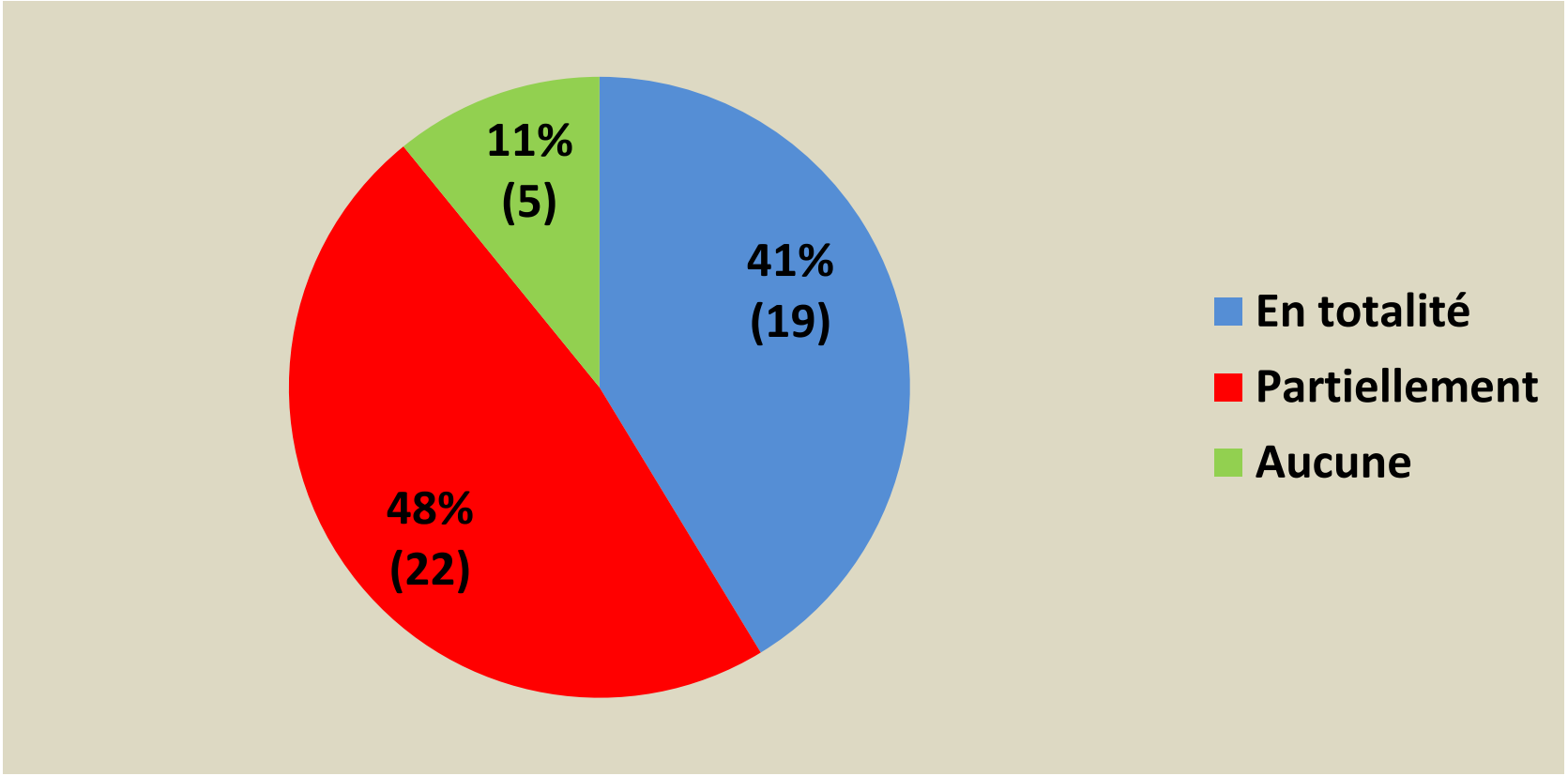
Droits à congés

Droits à congés



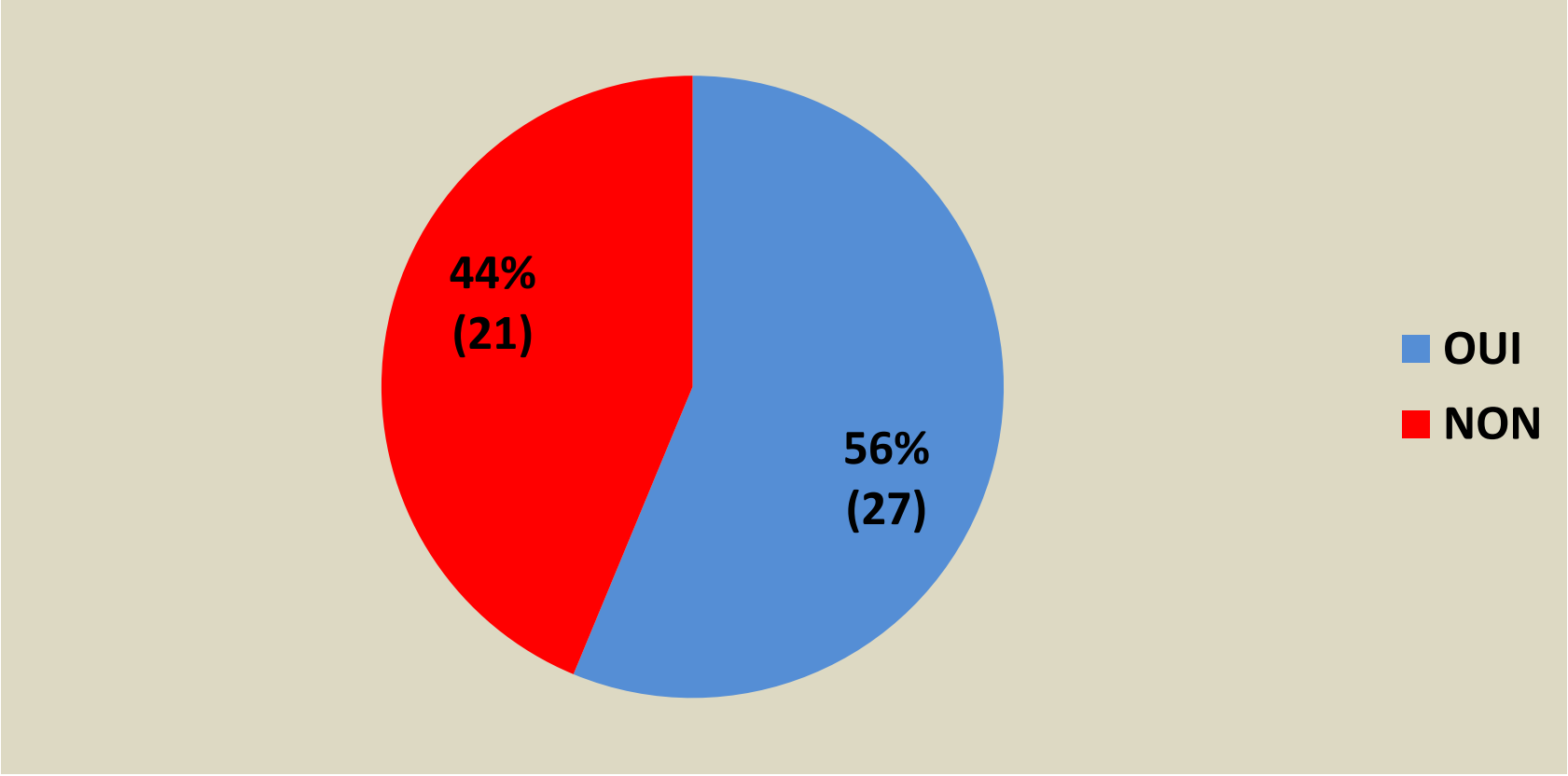
Droits à congés (suite)

Les heures dues sont partiellement reportées sur l'année suivante dans 48% des établissements



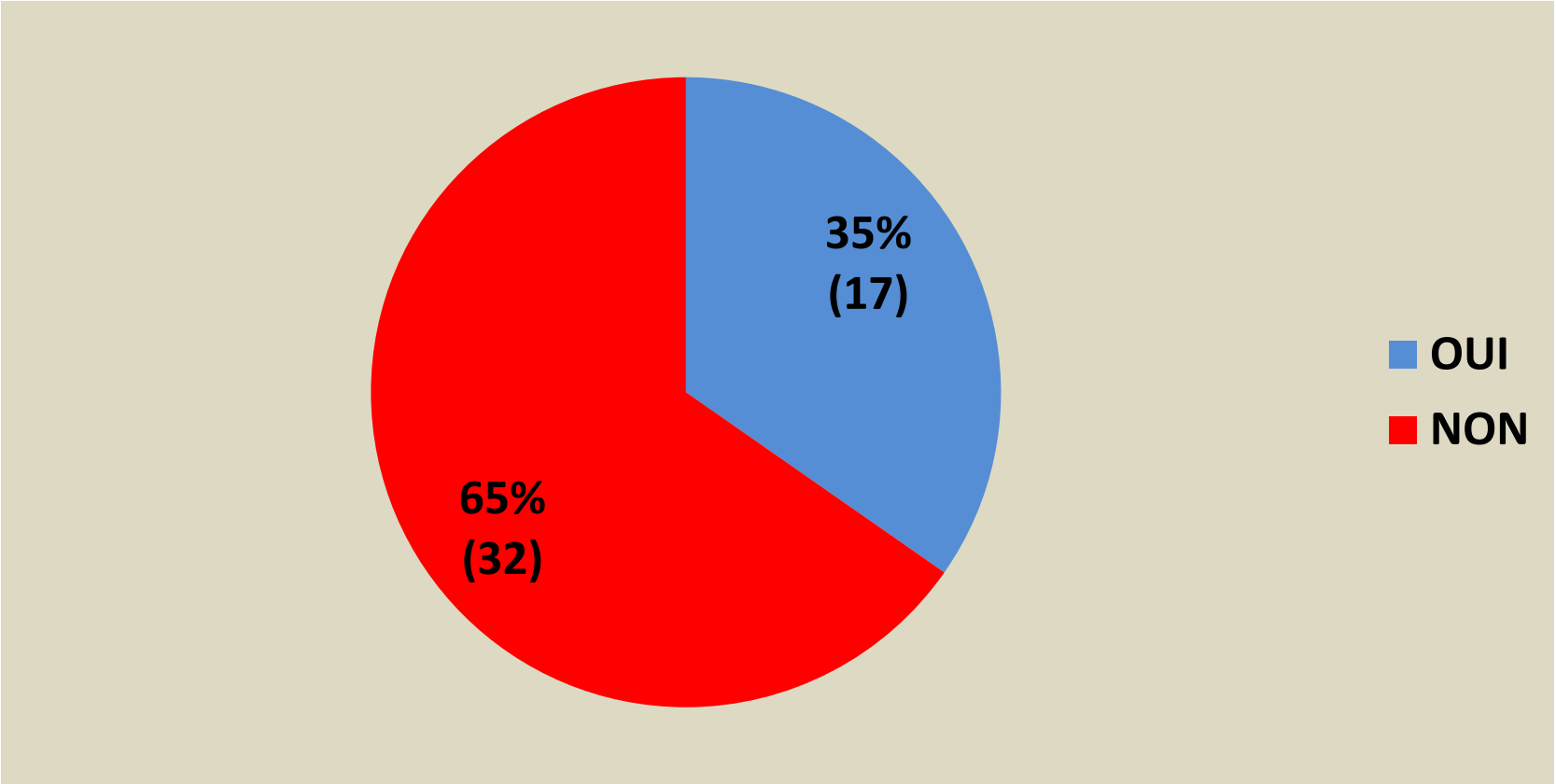
Droits à congés (suite)

56% des établissements ont instauré une date limite de report des heures dues



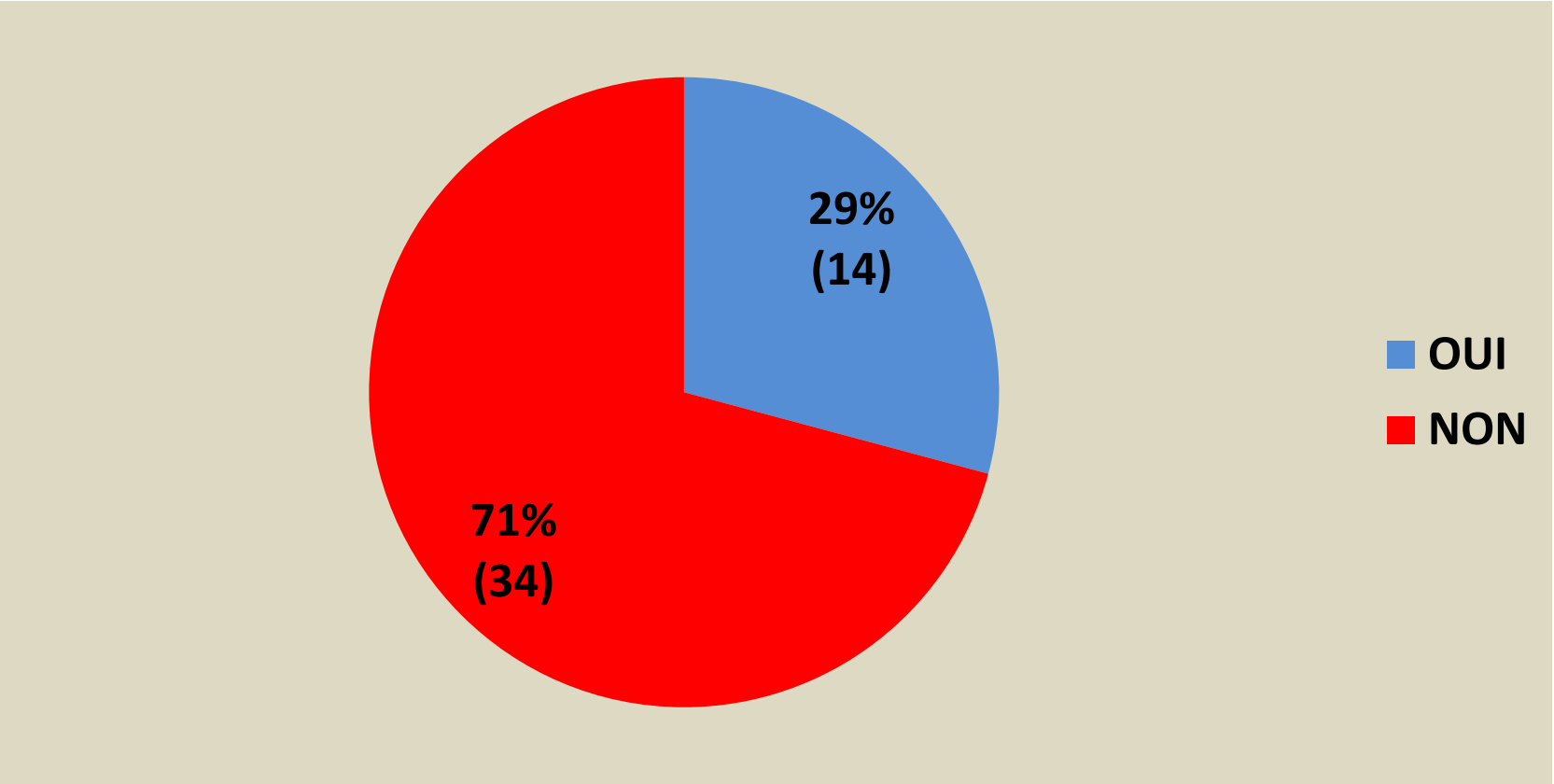
Droits à congés (suite)

Les jours « médailles » n'existent pas dans 65% des établissements



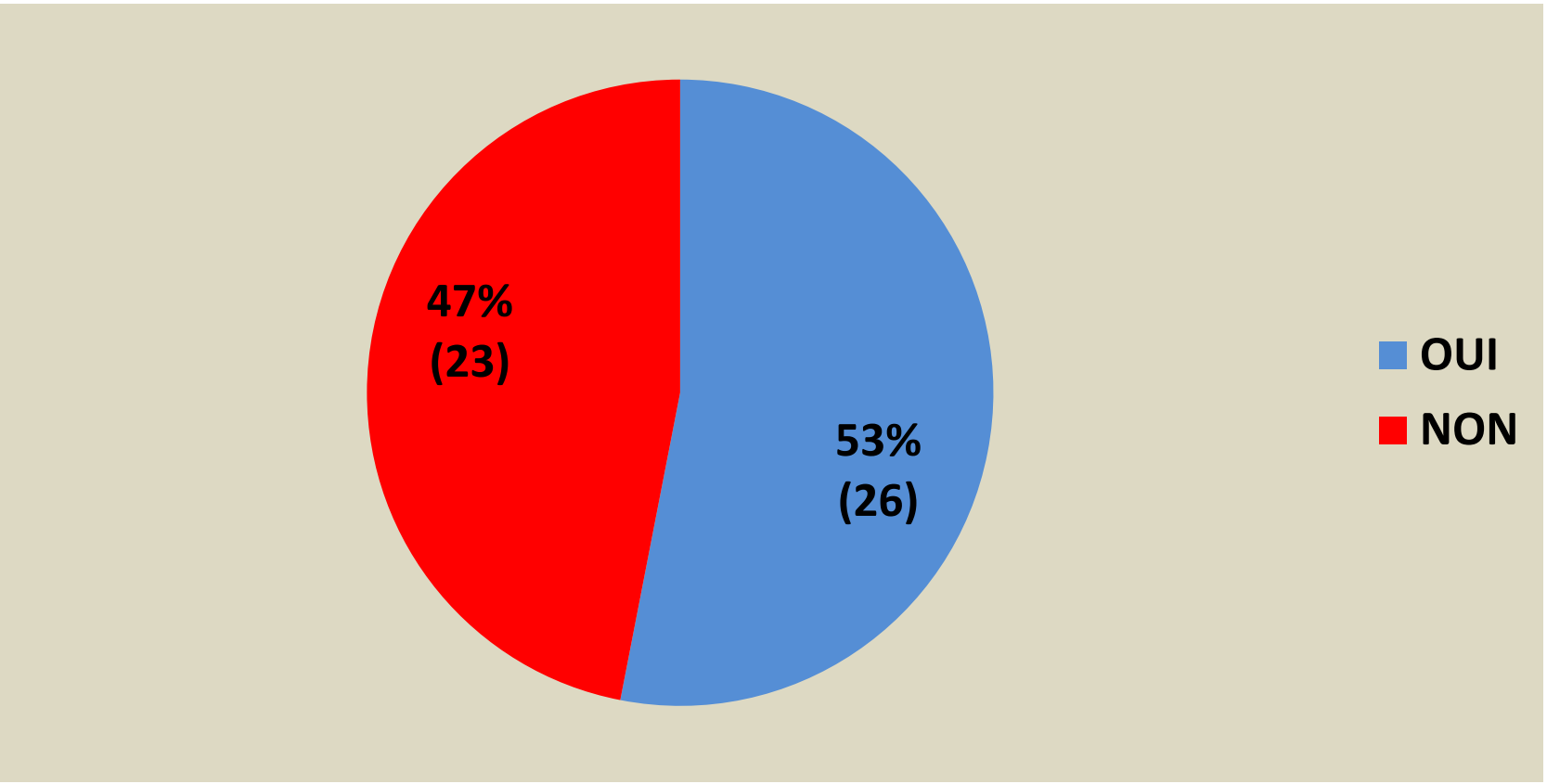
Droits à congés (suite)

Les agents en repos fixe ne récupèrent pas les jours fériés dans 71% des établissements



Droits à congés (suite)

53% des établissements allouent des jours de sujétion dès 10 dimanches et jours fériés par an



Droits à congés (suite)

- **Autres congés extra réglementaires :**

  - jours hors saison et de fractionnement accordés sans conditions

  - jours accordés forfaitairement (1 à 3 jours par an) : du directeur, du maire, pour les agents de nuit…

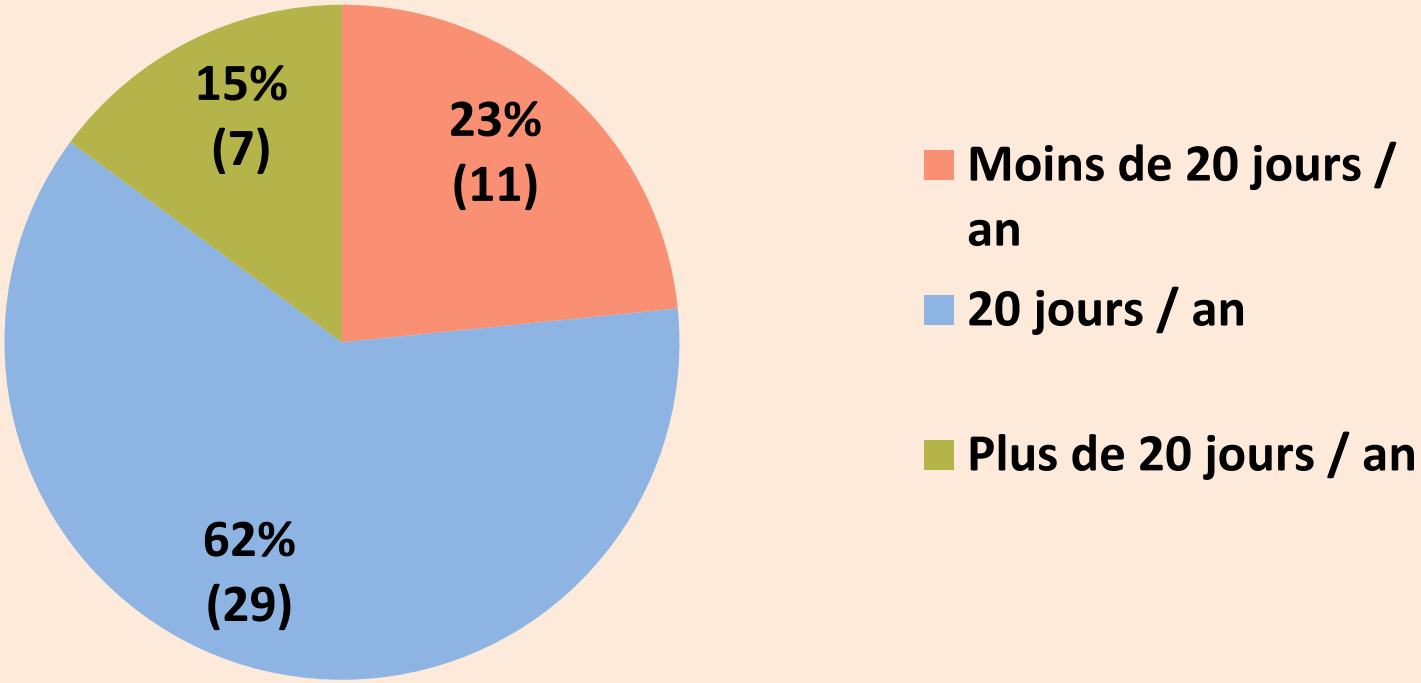
  - jours pour la retraite

  - jours accordés selon le présentéisme

Temps de travail des cadres

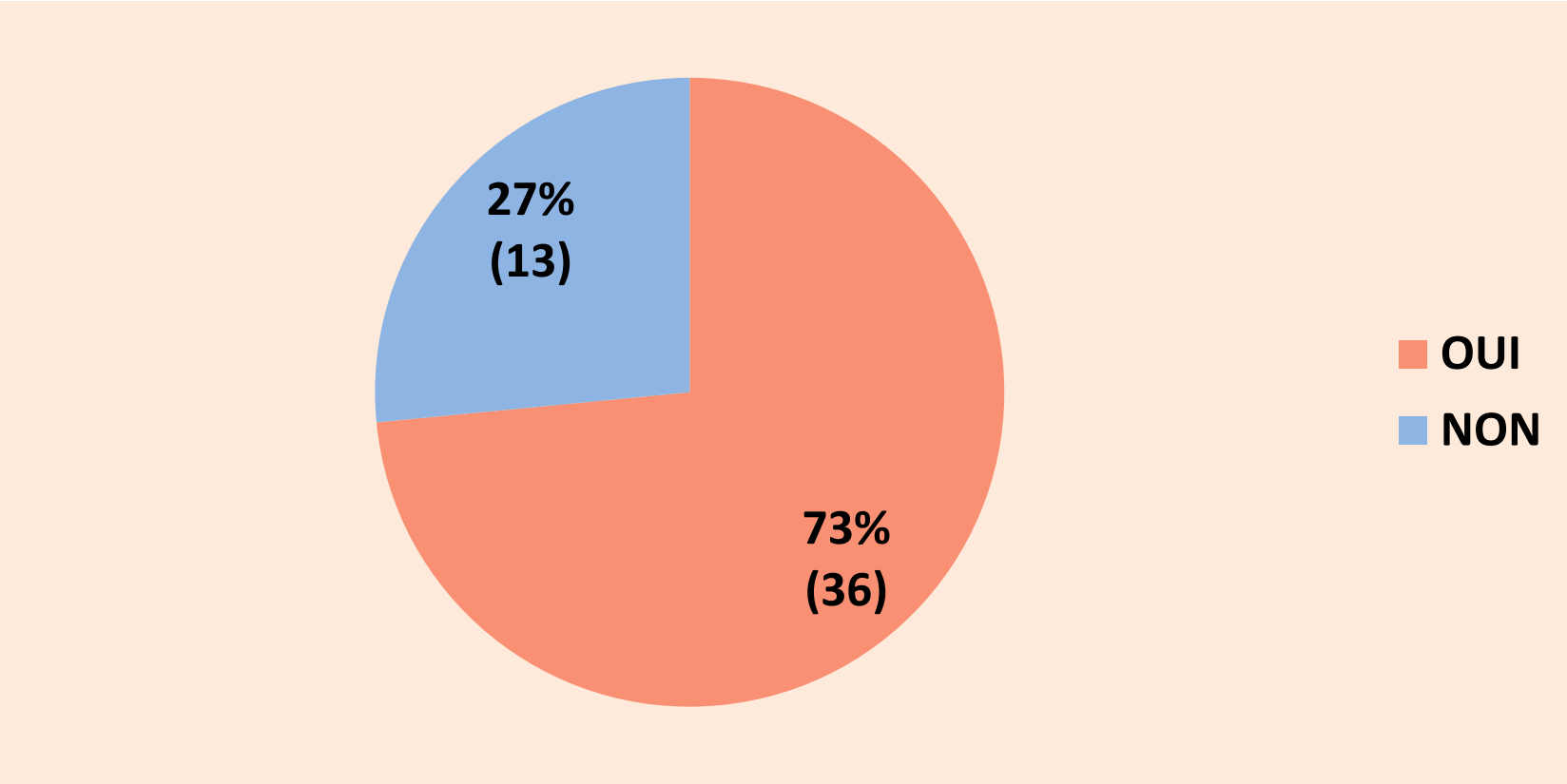
Temps de travail des cadres

Les cadres ont 20 jours RTT par an dans 62% des établissements



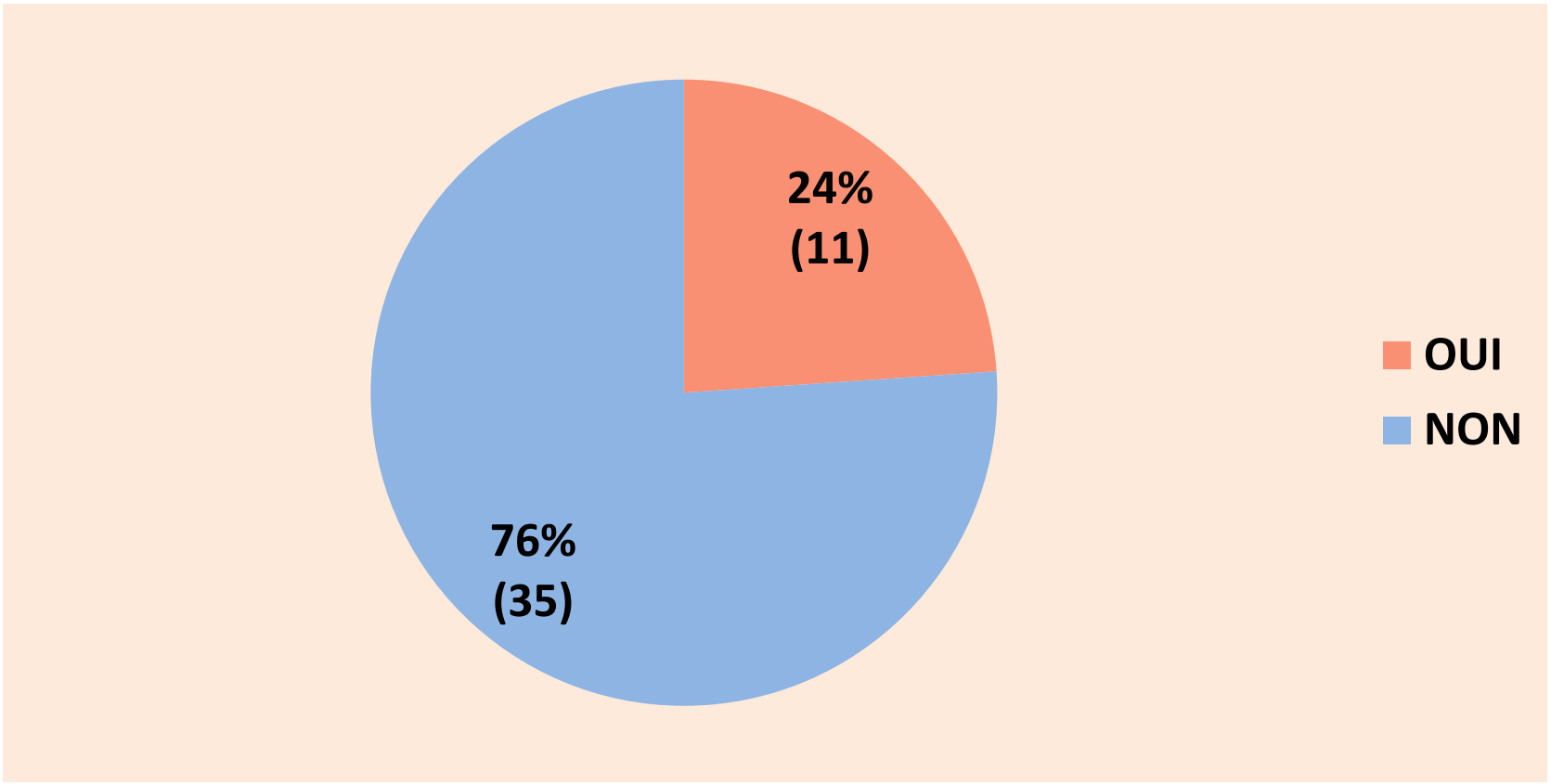
Temps de travail des cadres (suite)

L'usage du forfait cadre est majoritaire dans 73% des établissements



Temps de travail des cadres (suite)

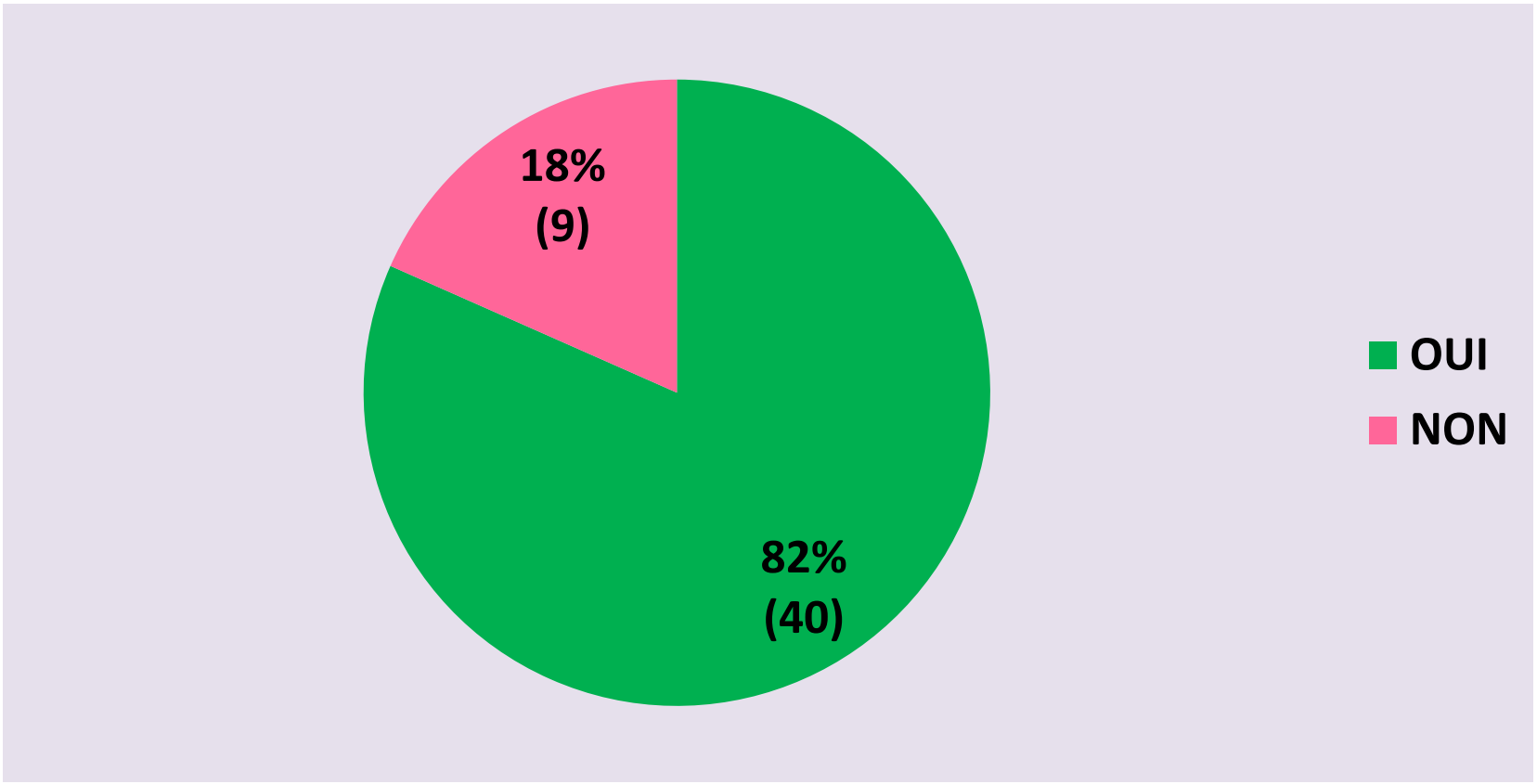
76% des établissements n'indemnisent pas les heures supplémentaires des cadres



Logiciel de gestion du temps de travail

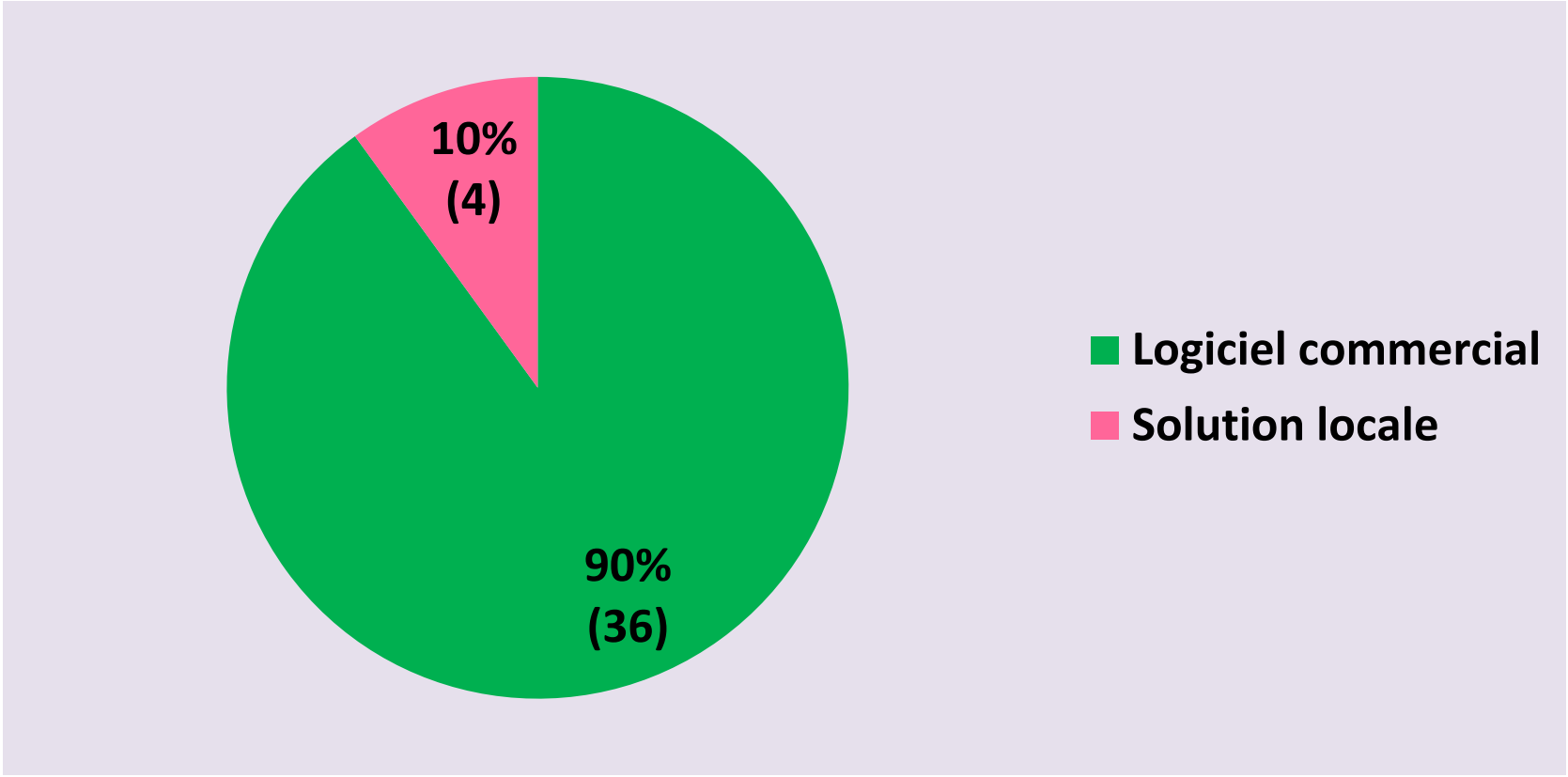
Logiciel de gestion du temps de travail

82% des établissements sont équipés d'un logiciel de gestion du temps de travail



Logiciel de gestion du temps de travail (suite)

90% des logiciels de GTT sont des logiciels commerciaux

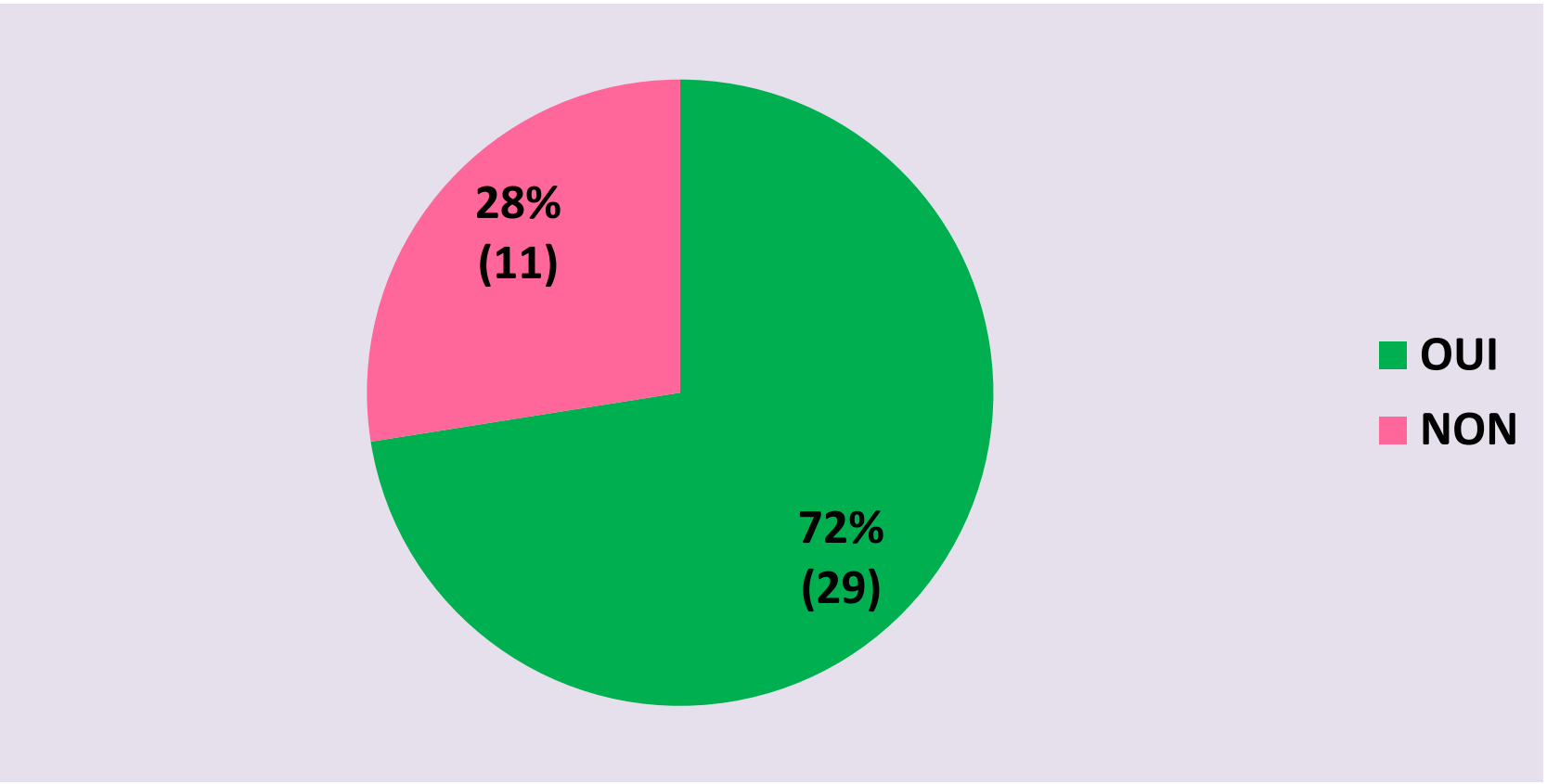


Logiciel de gestion du temps de travail (suite)

- **16 produits commerciaux cités par les établissements**
- Les 4 logiciels les plus souvent cités :
  - Chronos (5 établissements)
  - AGIRH Planning (4 établissements)
  - Clepsydre (4 établissements)
  - Octime (4 établissements)
- **Solution locale :** Excel

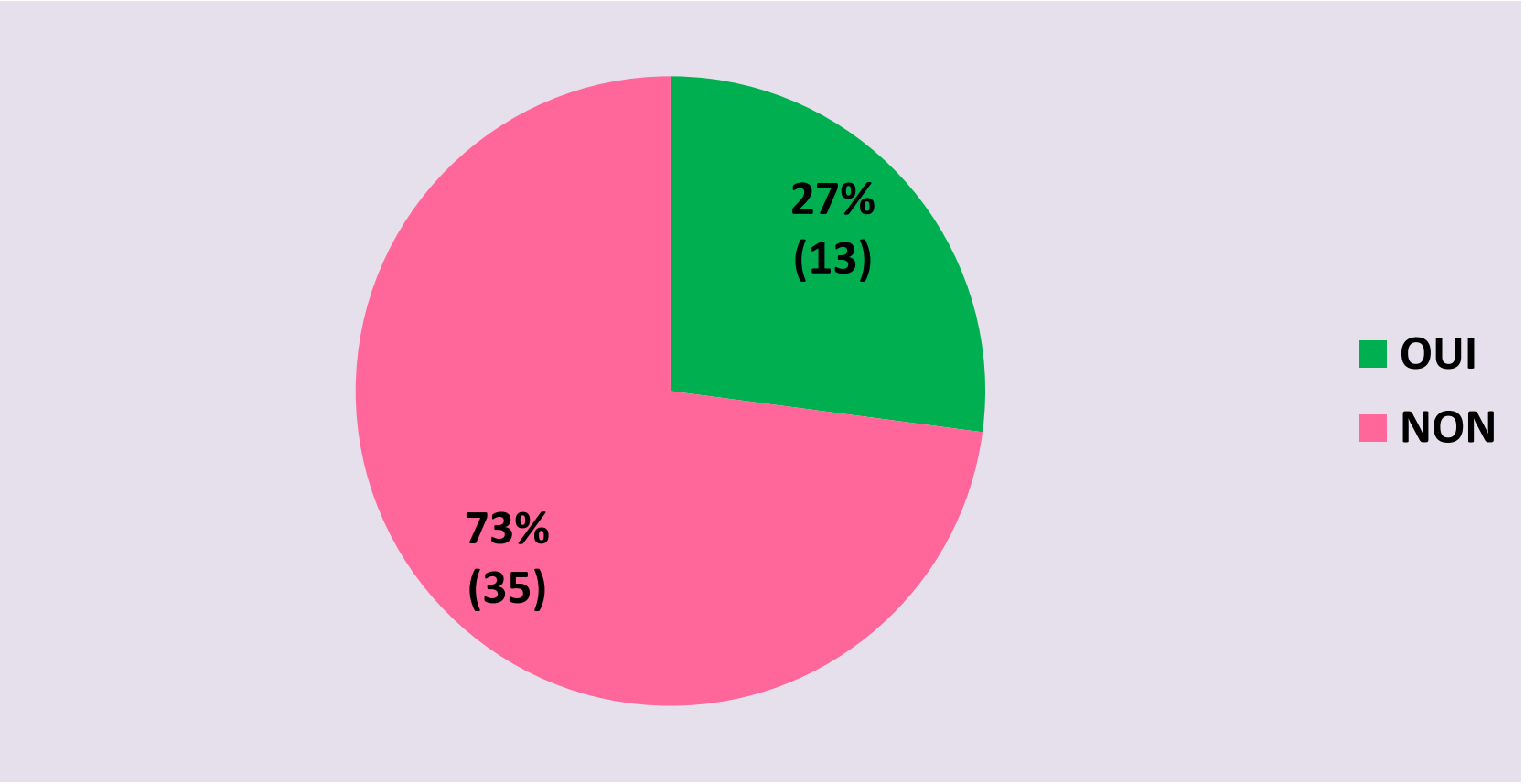
Logiciel de gestion du temps de travail (suite)

72% des logiciels de GTT sont interfacés avec la paie



Logiciel de gestion du temps de travail (suite)

73% des établissements n'ont pas de système de badgeage



Merci de votre attention

DÉCISION & STRATÉGIE SANTÉ

LES ACCORDS LOCAUX SONT-ILS TOUJOURS JURIDIQUEMENT VALABLES ?

Jean-Yves COPIN, Centre National de l'Expertise Hospitalière

adRHess

GROUPE PROFESSION SANTÉ

1- L'ACCORD LOCAL : UN OUTIL DU DIALOGUE SOCIAL

adRHess

DÉCISION & STRATÉGIE SANTÉ

La validité des accords depuis la loi de rénovation du dialogue social

L'article 8 bis du Titre I du statut général de la fonction publique :

« Un accord est valide s'il est signé par une ou plusieurs organisations syndicales de fonctionnaires ayant recueilli au moins 50 % du nombre des voix lors des dernières élections professionnelles organisées au niveau auquel l'accord est négocié. »

Est-ce que l'accord a une valeur juridique?

Non!

Ceci est précisé dans la circulaire **relative à la négociation dans la fonction publique** du 22 juin 2011.

L'accord est une déclaration d'intention, un outil du dialogue social.

adRHess

DÉCISION SANTÉ STRATÉGIE

Est-ce que l'accord a une valeur juridique?

« La consécration juridique de la négociation dans le statut général, notamment la fixation de critères pour apprécier la validité des accords, ne remet pas en cause la situation statutaire et réglementaire dans laquelle sont placés les fonctionnaires vis-à-vis de l'administration (article 4 de la loi du 13 juillet 1983). »

Est-ce que l'accord a une valeur juridique?

Les stipulations d'un accord ne sont pas par elles-mêmes source de droit et ne lient pas juridiquement l'administration.

Ainsi, pour la jurisprudence, un ***« protocole d'accord […] constitue une « déclaration d'intention » dépourvue de valeur juridique et de force contraignante»*** *(*CE, 27 octobre 1989, n 102990, *Syndicat national des ingénieurs des études et de l'exploitation de l'aviation.)*

adRHess

DÉCISION & STRATÉGIE SANTÉ

Quels sont les thèmes sur lesquels une direction à la possibilité de négocier?

Les organisations syndicales de fonctionnaires ont qualité pour participer, avec les autorités compétentes, à des négociations relatives :

1 Aux conditions et à l'organisation du travail, et au télétravail ;

2 Au déroulement des carrières et à la promotion professionnelle ;

3 A la formation professionnelle et continue ;

4 A l'action sociale et à la protection sociale complémentaire ;

Quels sont les thèmes sur lesquels une direction à la possibilité de négocier?

5 A l'hygiène, à la sécurité et à la santé au travail ;

6 A l'insertion professionnelle des personnes handicapées ;

7 A l'égalité professionnelle entre les hommes et les femmes.

Quels sont les thèmes sur lesquels une direction à la possibilité de négocier?

Cependant, les négociations relatives à l'évolution des rémunérations et du pouvoir d'achat des agents publics ne peuvent avoir lieu **qu'au niveau national,** avec les représentants du Gouvernement, les représentants des employeurs publics territoriaux et les représentants des employeurs publics hospitaliers.

Qui peut participer aux négociations?

Sont appelées à participer aux négociations les organisations syndicales disposant **d'au moins un siège dans les organismes consultatifs au sein desquels s'exerce la participation des fonctionnaires** et qui sont déterminées en fonction de l'objet et du niveau de la négociation.

Une négociation dont l'objet est de mettre en œuvre à un niveau inférieur un accord conclu au niveau supérieur **ne peut que préciser ce dernier** ou en améliorer l'économie générale dans le respect de ses stipulations essentielles.

Donc…

L’accord local n’est pas juridiquement valable, la question est de savoir si l’accord est toujours « moralement, » valable…

L’idée même de négocier de nouveau l’accord local est déjà une négociation…

2 – EXEMPLE DES ACCORDS RELATIFS AU TEMPS DE TRAVAIL

Article L6143-7 du code de la santé publique:

« Après concertation avec le directoire, le directeur :

14 A défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, décide de l'organisation du travail et des temps de repos ; »

Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail

Article 8 :

« L'aménagement et la répartition des horaires de travail ***sont fixés par le chef d'établissement****,* ***après avis du comité technique d'établissement ou du comité technique*** *et compte tenu de la nécessité d'assurer la continuité des soins ou de la prise en charge des usagers, les dimanches, les jours fériés et la nuit. »*

adRHess

DÉCISION SANTÉ STRATÉGIE

Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail

Article 9

« Le travail est organisé selon des périodes de référence dénommées cycles de travail ***définis par service ou par fonctions et arrêtés par le chef d'établissement*** *après avis du comité technique d'établissement ou du comité technique. »*

adRHess

DÉCISION SANTÉ STRATÉGIE

Conseil d'Etat, 25 février 2011 (n°319843)

« *L'indemnisation des heures supplémentaires effectuées de jour et de nuit, est subordonnée à la condition […] que le chef d'établissement ait arrêté, sur le fondement de l'article 9 du décret du 4 janvier 2002, le cycle de travail* »

Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail

Article 15

Les modalités générales de recours à la compensation ou à l'indemnisation [des heures supplémentaires] ***sont fixées par le chef d'établissement après avis du comité technique d'établissement ou du comité technique.***

Et sur les jours de RTT, le même décret précise (article 11) :

« Le nombre de jours supplémentaires de repos prévus au titre de la réduction du temps de travail est calculé en proportion du travail effectif accompli dans le cycle de travail et avant prise en compte de ces jours. Il est, notamment, de :

- *18 jours ouvrés par an pour 38 heures hebdomadaires ;*
- *12 jours ouvrés par an pour 37 heures hebdomadaires ;*
- *6 jours ouvrés par an pour 36 heures hebdomadaires ;*
- *3 jours ouvrés par an pour 35 h 30 hebdomadaires. »*

Et sur les jours de RTT, le même décret précise (article 11) :

« Pour un travail effectif compris entre 38 h 20 et 39 heures, ***le nombre de jours supplémentaires de repos est limité à 20 jours ouvrés par an.*** *Il ne peut être effectué plus de 39 heures hebdomadaires en moyenne sur le cycle, hors heures supplémentaires, ni plus de 44 heures par semaine, hors heures supplémentaires, en cas de cycle irrégulier. »*

Donc, seules les décisions prisent suite aux accords locaux demeurent juridiquement valables…

… la question est de savoir si des accords locaux *« faiblement »* représentatifs sont toujours *« moralement »* valables…

DÉCISION & STRATÉGIE SANTÉ

TABLE RONDE
« LA RENEGOCIATION DE L'ACCORD LOCAL : MODE D'EMPLOI »

Ariane BENARD, DRH du CHU de Nantes
Henri POINSIGNON, Directeur du Groupe Hospitalier Paul Guiraud
Jean-Paul GUILLOT, Président de « Réalités du Dialogue Social »

adRHess

GROUPE PROFESSION SANTÉ

DÉCISION & STRATÉGIE SANTÉ

LA GESTION DU TEMPS DE TRAVAIL À L'HÔPITAL EN 2013

LE DERNIER DES GISEMENTS ?

adRHess adRHess DÉCISION & STRATÉGIE SANTÉ MNH La mutuelle de la santé et du social GMF GROUPE PROFESSION SANTÉ

DÉCISION & STRATÉGIE SANTÉ

LA GESTION DU TEMPS DE TRAVAIL MÉDICAL À L'HÔPITAL

Michaël GALY , Directeur Général Adjoint
CHU de Reims

adRHess

GROUPE PROFESSION SANTÉ

I. Des règles juridiques précises

1. Le cadre juridique européen, la directive du 23 novembre 1993

- Un Objectif: lutte contre les effets néfastes de période de travail trop longue, et de période de repos insuffisants (augmentation du taux d'erreur, stress, fatigue…)
- Des prescriptions minimales de sécurité et de santé en matière d'aménagement du temps de travail
- Des exigences en matière de durée maximale de travail, de congés annuels payés et de périodes minimales de repos «*constituent des règles du droit social communautaire revêtant une importance particulière dont doit bénéficier chaque travailleur* »

I. Des règles juridiques précises

1. Le cadre juridique européen, la directive du 23 novembre 1993

La directive fixe des exigences minimales communes relatives aux conditions de travail dans tous les États membres, notamment:

- *limitation du temps de travail (plafond hebdomadaire de 48 heures en moyenne, heures supplémentaires comprises)*
- *périodes minimales de repos journalier et hebdomadaire (minimum de 11 heures consécutives de repos journalier et de 35 heures de repos ininterrompu chaque semaine)*

I. Des règles juridiques précises

1. Le cadre juridique européen, la directive du 23 novembre 1993

– *congé annuel payé (au minimum 4 semaines par an)*

– *protection supplémentaire pour les travailleurs de nuit.*

I. Des règles juridiques précises

1. <u>Le cadre juridique européen, la directive du 23 novembre 1993</u>

- Une question fondamentale: qu'est-ce que le temps de travail?
  - La directive définit les notions de temps de travail et de temps de repos, mais n'évoque pas les notions de temps de garde ou d'astreinte
- Cour de justice des communautés européennes:
  - Arrêt SIMAP du 3 octobre 2000
  - Arrêt JAEGER du 8 avril 2003

I. Des règles juridiques précises

1. Le cadre juridique européen, la directive du 23 novembre 1993

- Ces arrêts considèrent comme temps de travail :
  - La totalité du temps de garde accompli par les médecins physiquement présents dans l'établissement de santé où ils exercent leur activité (y compris le temps dit « inactif »).
  - En revanche, seule la durée de la prestation effective fournie par un médecin qui est de permanence à son domicile est considérée comme du temps de travail.
  - Repos compensateur. En cas de dérogation aux périodes de repos journalier et hebdomadaire, le repos compensateur doit suivre immédiatement le temps de travail concerné (arrêt Jaeger).

I. Des règles juridiques précises

2. La transposition en droit français et la question de l'ARTT médicale

- L'organisation du temps de travail :
  - 20 jours d'ARTT (temps de travail réduit de 20 jours)
  - Limite hebdomadaire de 48 heures
  - Mise en place du repos compensateur
  - Obligations de service à hauteur de 10 demi-journées hebdomadaire pour un temps plein comprenant :
    - Le temps de garde
    - 2 demi-journées d'AIG ou d'activité libérale pour les praticiens hospitaliers
    - Ne comprend pas les astreintes, sauf lorsqu'elles donnent lieu à déplacement.

I. Des règles juridiques précises

2. La transposition en droit français et la question de l'ARTT médicale

- Une meilleure prise en compte des sujétions
  - Indemnité de sujétion en contrepartie de l'intégration des gardes dans le temps de travail
  - Indemnité pour temps de travail additionnel, parce qu'il existe désormais un plafond hebdomadaire intégrant les gardes (notion d'*opt-out*)

- Création du Compte-épargne-temps, qui permet d'utiliser de façon choisie et différée ses congés rémunérés

II. Des incertitudes à lever

Le rapport de la Commission au Parlement Européen du 21 décembre 2010 soulève un certain nombre de difficultés qu'il convient de résoudre et notamment :

- La problématique de décompte du temps de travail : la commission note que ce décompte ne permet pas toujours aux Etats membres de s'assurer que la durée maximale de travail n'est pas dépassée (enjeux du décompte en demi-journées)

- La question de l'*opt-out* : il s'agit de la faculté pour les travailleurs européens de choisir, à titre individuel, de dépasser le plafond des 48 heures de travail en moyenne par période de référence (le quadrimestre en ce qui concerne les établissements publics de santé français)

II. Des incertitudes à lever

- La question de l'*opt-out* (suite) : la commission note que la plupart des Etats membres ne prévoient aucun suivi ni enregistrement du temps de travail des personnes concernées par l'*opt-out,* ni pendant quelles périodes ces heures sont effectuées

- Les médecins en formation : les médecins en formation relèvent du champ d'application de la directive sur le temps de travail. Cela suppose une évolution de la réglementation nationale qui ne prévoyait pas expressément de plafond en terme de temps de travail. Doivent donc être garantis une application stricte du repos de sécurité des internes et le recadrage du temps de travail avec une référence au temps de travail maximal de 48 heures et une clarification des 2 ½ journées de temps universitaire et de recherche.

III. L'enjeu essentiel de l'organisation du temps de travail médical

Au-delà du droit, la question de l'exercice médical est au cœur des enjeux de modernisation et de transformation de l'hôpital

- La gestion du temps de travail médical n'est pas seulement la réponse à des normes, elle est indissociablement liée à la question de l'exercice médical à l'hôpital.

III. L'enjeu essentiel de l'organisation du temps de travail médical

- Les évolutions de la démographie médicale, malgré des différences régionales et entre les spécialités rendent nécessaire la réflexion sur l'organisation du temps médical
- Les dynamiques de territorialisation de l'offre de soins créent un cadre nouveau d'exercice hospitalier
- L'optimisation des dispositifs de permanence des soins
- Un mode d'exercice médical attentif à la notion d'équipe médicale (cf. rapport Toupillier, 2011)
- L'intégration des enjeux médico-économique dans la gestion hospitalière

III. L'enjeu essentiel de l'organisation du temps de travail médical

- Ces sujets nécessitent d'être abordés simultanément afin de définir par spécialité (et probablement par territoire) des effectifs médicaux cible de référence permettant à une spécialité donnée de répondre, sur une aire géographique donnée, aux besoins de santé, dans un souci de gradation de l'offre de soins, de qualité de la prise en charge et d'efficience

- Les textes récents sur les CET prévoient d'ailleurs expressément une réflexion sur le temps de travail médical.

III. L'enjeu essentiel de l'organisation du temps de travail médical

- La circulaire du 15 mars 2013 relative aux CET indique

Il convient également de porter une attention particulière à la mise en œuvre de certaines dispositions du décret qui visent à responsabiliser l'ensemble des acteurs hospitaliers sur l'organisation du temps médical :

- les contrats de pôle doivent désormais intégrer l'organisation du temps de présence et d'absence des praticiens, cette disposition étant inscrite dans l'ensemble des statuts de praticien hospitalier

III. L'enjeu essentiel de l'organisation du temps de travail médical

- La circulaire du 15 mars 2013 relative aux CET indique

- l' avenant annuel du contrat de pôle doit mentionner le nombre prévisionnel de jours de congés susceptibles de ne pas être pris dans l'année concernée au regard des nécessités de service et qui pourraient être versés dans le CET, ainsi que leur impact chiffré sur le passif de l'établissement.

Eléments de conclusion

- Le temps de travail médical fait l'objet d'une réglementation de référence au niveau européen et d'une déclinaison nationale intégrée depuis une décennie dans la gestion hospitalière

- Il demeure encore des points d'incertitude à résoudre visant à garantir aux médecins hospitaliers les règles permettant d'apprécier plus précisément le temps de travail réalisé

Eléments de conclusion

- Cette nécessaire protection des médecins hospitaliers doit être menée, au niveau national, pour la détermination des règles de référence, et au niveau local (et territorial) par une nécessaire adaptation des modes d'organisation des activités médicales

- Cette réflexion suppose un travail concertée entre les directions hospitalières, les présidences de CME et les chefs de pôle, que les contrats de pôle ont vocation à promouvoir et à formaliser

*

ANAP
appui santé & médico-social

adRHess

DÉCISION SANTÉ & STRATÉGIE

La cohérence des temps au service de la performance

adRHess

La gestion du temps de travail à l'hôpital en 2013 :

le dernier des gisements ?

4 avril 2013

Agence Nationale d'Appui à la Performance
des établissements de santé et médico-sociaux

Liberté · Égalité · Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉSENTATION DE L'ANAP

Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

- Créée en 2009 : ANAP = ex MAINH, MEAH et GMISH
- Accompagnement d'ES et d'EMS dans des projets thématiques
- Capitalisation à partir des expériences de terrain
- Téléchargement libre et gratuit des outils, monographies, guides et méthodes

Equipes ANAP

- Pluriprofessionnelles
- Expertes thématiques
- Au service des établissements

Information ANAP

- Site internet
  - http://www.anap.fr/
- Lettre d'information
  - http://www.anap.fr/nc/annexes/haut-de-page/ne
- Manifestations
  - UDT 2013 les 30 et 31 août

« Évaluer pour améliorer le système de santé : du bon usage des indicateurs »

Marchés publics
Vidéothèque
FAQ
Glossaire
Contact
Inscrivez-vous à la newsletter
ANAP
appui santé & médico-social
Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
L'ANAP
DOMAINES DE COMPÉTENCES
LES PROJETS DE L'ANAP
PUBLICATIONS & OUTILS
ACTUALITÉS
PRESSE
Rechercher...
OK
La mission de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux est d'apporter un appui concret à l'amélioration des organisations de santé.
Nos missions
Notre équipe
Nos instances
Nos offres d'emploi
Les Projets de l'ANAP
A LA UNE
RSS | Toutes les actualités
Parution de l'Essentiel : Parcours des personnes âgées sur un territoire
Coopération territoriale en biologie médicale : enseignements et monographies
Un outil pour sécuriser le circuit des dispositifs médicaux stériles
AGENDA
Mars
25 Mars
Evaluer la qualité et la modernité des ESAT
RSS | Toutes les dates
NOS PROJETS
Des établissements transformés
Des processus de production efficients
Des parcours de personnes optimisés
Des ressources humaines valorisées
Des investissements efficaces
Projet d'accompagnement d'une cellule d'écoute et d'expression
Lire la suite
INSCRIPTIONS
Les formations Hospi-Diag
HOSPI DIAG
Inscrivez-vous
VOUS CHERCHEZ UNE PUBLICATION, UN OUTIL ?
Utilisez le moteur de recherche dédié

Optimisation du temps de travail des professionnels hospitaliers auprès du patient

Etape 1 : Analyse de l'existant et élaboration d'un outil dédié

1. Elaboration de l'outil d'autoévaluation de l'optimisation du temps de travail des professionnels auprès du patient en établissement de santé **ÆTTAPES** (diffusé le 26/06/2012)
2. Etat des lieux de la maturité managériale du temps de travail

Etape 2 : Cohérence des temps médicaux et non médicaux

1. Diagnostic des gisements de performance + définition des pistes d'action
2. Accompagnement des établissements sur la mise en œuvre des actions retenues

BÉNÉFICES ATTENDUS DU PROJET

- **POUR LES PATIENTS**

Synchronisation et disponibilité des professionnels pour améliorer la qualité et la sécurité des soins

Exemples d'indicateurs : Délai d'attente du patient, taux de satisfaction

- **POUR LES PROFESSIONNELS**

Satisfaction au travail, valorisation des fonctions individuelles, sens du travail en équipe

Exemples d'indicateurs : taux de satisfaction au travail, absentéisme, turn-over

- **POUR LES ETABLISSEMENTS**

Adaptation des emplois aux besoins, amélioration de l'efficience organisationnelle

Exemples d'indicateurs : diminution du taux de retard au démarrage / débordement, réduction de l'intérim et des heures supplémentaires

FONDEMENT D'ÆTTAPES

http://www.anap.fr/detail-dune-publication-ou-dun-outil/recherche/aider-a-loptimisation-du-temps-de-travail-des-professionnels-aupres-du-patient/

- **CONSTATS :**
  - Aucun dispositif d'évaluation du temps de travail n'existe aujourd'hui
  - C'est un sujet central pour les établissements : coût, démographie
  - Les établissements peinent à évaluer seuls leurs forces et faiblesses
  - Difficulté à dégager et faire valoir des axes d'amélioration en interne

- **C'EST UNE / UN :**
  - Façon de proposer des bonnes pratiques
  - Incitateur à la transparence/lisibilité des temps dans l'établissement
  - Support de communication interne et de dialogue au sein de l'établissement

- **CE N'EST PAS UN :**
  - Instrument définitif => au-delà des dix pilotes, est testé / amélioré par les établissements utilisateurs *via* le site Internet de l'ANAP
  - Outil normatif (mais…) => pourrait servir de fondement à une réflexion nationale ou à des adaptations de la réglementation ?
  - De benchmark (encore que…) => « ça se fait ailleurs, donc c'est possible»

FINALITE D'ÆTTAPES

Un outil

- D'autoévaluation de l'organisation et la gestion du temps de travail des professionnels auprès du patient
- Qui permet notamment :
  - D'initier un travail de réflexion interprofessionnelle et faciliter le dialogue de gestion
  - D'identifier les points d'amélioration prioritaires :
    - ✓ Valider des maquettes (PNM) et trames organisationnelles (PM)
    - ✓ Mieux former les cadres et les responsables médicaux à la gestion des effectifs
    - ✓ Mieux anticiper les absences médicales (tableaux de service)

METHODE DU PROJET

- **Co-construction avec 10 établissements de 2 régions**

En Bretagne

- CHT Rance-Emeraude :
  - Dinan
  - Saint-Malo
- CHT d'Armor :
  - Saint-Brieuc
  - Lannion
  - Paimpol

En Lorraine

- CH de :
  - Verdun
  - Epinal
  - Remiremont
  - Sarreguemines
- Hôpitaux Privés de Metz

- **Selon un calendrier 2011 - 2012 en 5 phases**

Novembre 2011 → **Juin 2012**

Phase 1

Préparation des travaux

Lancement et rencontres 10 ES

→ Cadrage

Phase 2

Maquette et documents supports

Séminaire groupe expert
→ Prototype

Séminaire
→ affinement

Phase 3

Tests et ajustement

Test 10 ES
Rapport sur les résultats des tests

Séminaire
→ présentation des résultats des tests
→ amélioration outil et documents

Phase 4

Communication, mise à disposition et ajustements

Séminaire
→ Préparation des supports de communication

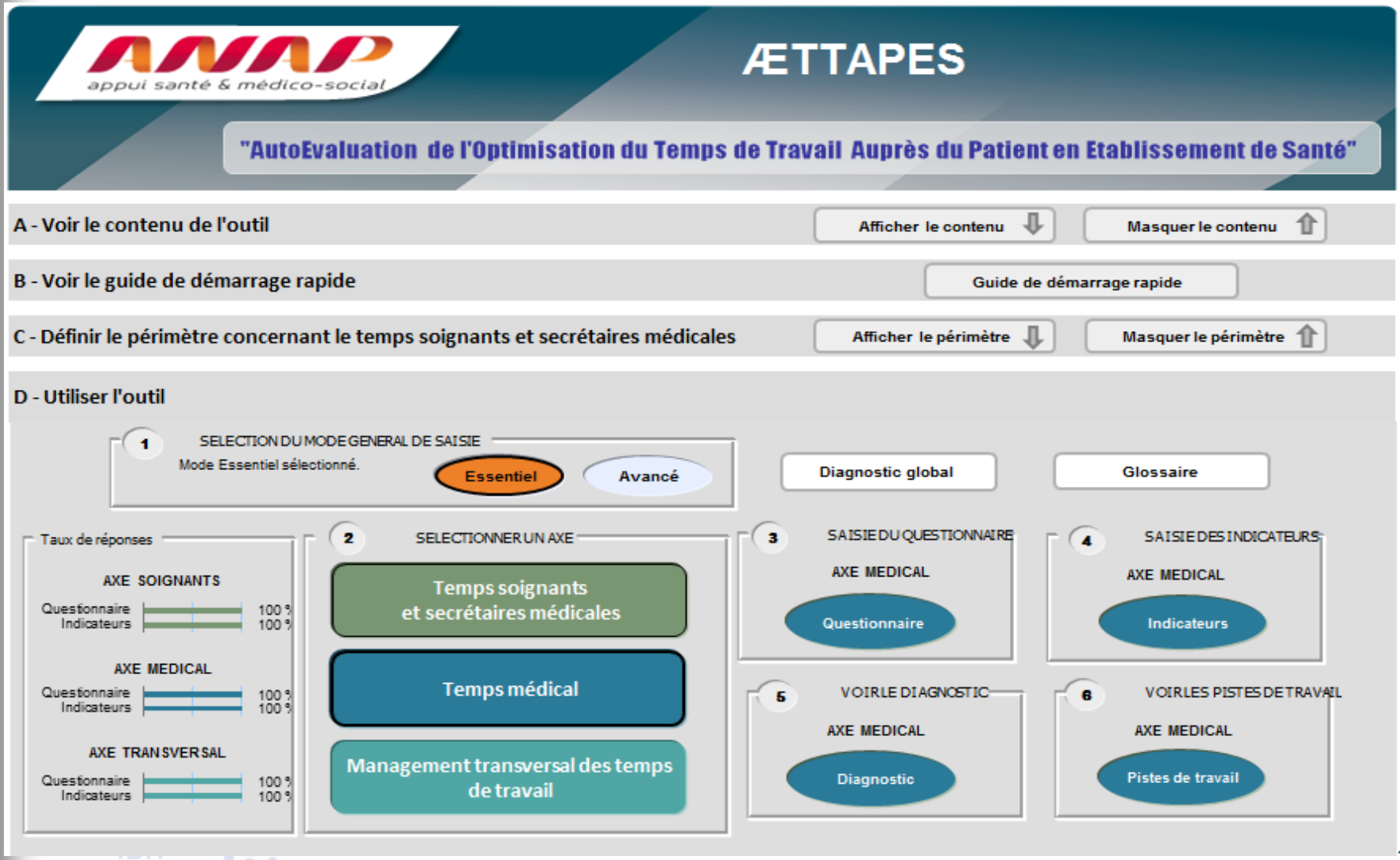
Phase 5

Méthodologie capitalisation accompagnement

Bilan et identification des besoins 10 ES
→ synthèse des bilans
Séminaire
→ validation des outils

PRINCIPE DE L'OUTIL

« Quiz » autoportant défini sur 3 axes : médical, non médical et transver



RÉPONSE À DES QUESTIONS THÉMATIQUES ET RENSEIGNEMENT D'INDICATEURS

Accueil

Questionnaire

Diagnostic | Diagnostic global | Pistes de travail

MODE DE SAISIE: Avancé

MODULES: 1 | 2 | 3 | Tous

Indicateurs

Temps médical

MODULE 1 - Dimensionnement des effectifs et structuration des organisations

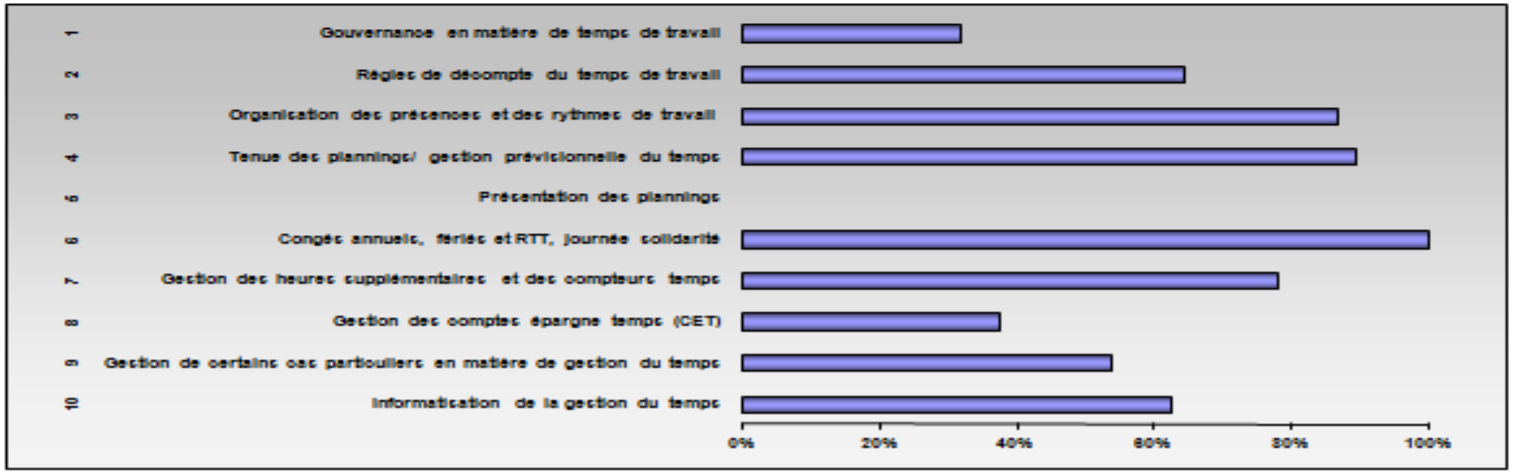
1	Trames organisationnelles et formalisation des organisations	Oui	Majoritairement	Partiellement	Non	Non adapté	Commentaires et précisions
1.1	**Un tableau annuel de service a été produit pour chaque structure et validé par la direction**	○	○	○	○		
1.2	**Des trames organisationnelles sont définies dans chaque pôle et service**	○	○	○	○		
1.3	Il existe une procédure de définition et validation des trames organisationnelles utilisée pour chaque modification ou changement d'organisation après avis de la CME voire de la COPS	○	○	○	○		
1.4	Ces trames sont transmises à la direction (DAM, DRH)	○	○	○	○		
1.6	**Les effectifs alloués avec l'établissement sont cohérent avec les effectifs résultant des trames**	○	○	○	○		
2	**Organisation de la continuité et de la permanence des soins**	**Oui**	**Majoritairement**	**Partiellement**	**Non**	**Non adapté**	**Commentaires et précisions**
2.1	**L'organisation de la permanence des soins est formalisée**	○			○	○	
2.3	L'organisation de la permanence des soins est accessible pour l'ensemble des	○	○	○	○		

ACCÈS À UN DIAGNOSTIC (sur la base de scores)

Accueil | **Diagnostic** | Questionnaire | Indicateurs | Diagnostic global | MODULES 1 2 3 Tous | Pistes de travail | **Temps soignants et secrétaires médicales**

DIAGNOSTIC AVANCE

	MODULE 2 - Organisation technique du temps de travail	Taux de maturité en %
1	Gouvernance en matière de temps de travail	32%
2	Règles de décompte du temps de travail	64%
3	Organisation des présences et des rythmes de travail	87%
4	Tenue des plannings/ gestion prévisionnelle du temps	89%
5	Présentation des plannings	0%
6	Congés annuels, fériés et RTT, journée solidarité	100%
7	Gestion des heures supplémentaires et des compteurs temps	78%
8	Gestion des comptes épargne temps (CET)	38%
9	Gestion de certains cas particuliers en matière de gestion du temps	54%
10	Informatisation de la gestion du temps	63%
	Sous total module 2	66%

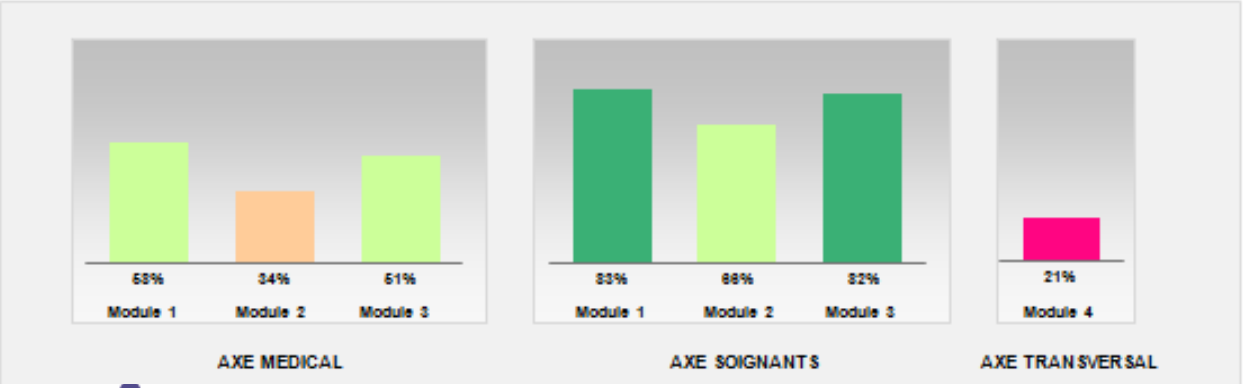

1 Gouvernance en matière de temps de travail
2 Règles de décompte du temps de travail
3 Organisation des présences et des rythmes de travail
4 Tenue des plannings/ gestion prévisionnelle du temps
5 Présentation des plannings
6 Congés annuels, fériés et RTT, journée solidarité
7 Gestion des heures supplémentaires et des compteurs temps
8 Gestion des comptes épargne temps (CET)
9 Gestion de certains cas particuliers en matière de gestion du temps
10 Informatisation de la gestion du temps
0%
20%
40%
60%
80%
100%

ACCÈS À UN DIAGNOSTIC GLOBAL (synthèse des modules)

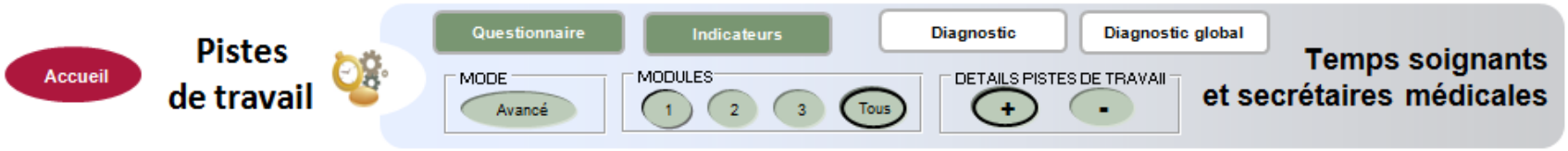
Accueil

Diagnostic global

		DIAGNOSTIC AVANCE		
MODULES	LIBELLE	AXE MEDICAL	AXE SOIGNANTS	AXE TRANSVERSAL
Module 1	Dimensionnement des effectifs et structuration des organisations	58%	83%	
Module 2	Organisation technique du temps	34%	66%	
Module 3	Pilotage opérationnel du temps de travail et des effectifs	51%	82%	
Module 4	Management transversal des temps de travail			21%
	TOTAL	46%	73%	21%
	TOTAL GLOBAL	47%		



IDENTIFICATION DE PISTES DE TRAVAIL



1.3	**Il existe une ressource qui dispose d'une expertise sur le temps de travail dans l'établissement**	**Organiser le recours à une ressource (service, personne) experte sur le sujet du temps de travail** - Définir les missions et le périmètre de ses interventions (rapprochement des effectifs et des besoins, gestion des remplacements/recrutements, etc.) - Identifier dans l'établissement le ou les acteurs susceptibles de correspondre au profil de poste - Renforcer ou développer si nécessaire (formation) l'expertise de cette personne ou structure
1.4	**L'établissement a élaboré un référentiel opérationnel commun (guide) qui collige les modalités d'organisation et de gestion du temps de travail (ex. acquisition des droits à RTT ; règles de planification des congés)**	**Rédiger un référentiel ou un guide interne de la gestion du temps** Rédiger un référentiel ou un guide interne de la gestion du temps qui spécifie les procédures et règles en matière de gestion et de décompte du temps de travail Associer l'encadrement et les représentants du personnel à cette démarche
2	**Règles de décompte du temps de travail**	**Détail des pistes de travail**
2.2	L'OAT est adaptée chaque année aux contraintes du calendrier réel	Mettre en place une procédure d'adaptation de l'OAT au contraintes du calendrier (nombre de repos hebdomadaires, années bissextile)
	L'intégration éventuelle dans le temps de travail effectif est définie pour :	
2.5	Le temps d'habillage et de déshabillage (lorsque le port d'une tenue est obligatoire)	Clarifier par avenant à l'accord et/ou dans le guide de gestion du temps l'intégration éventuelle dans le temps de travail effectif des temps d'habillage et de déshabillage (lorsque le port d'une tenue est obligatoire)
3	**Organisation des présences et des rythmes de travail**	**Détail des pistes de travail**
3.8	Il existe une harmonisation institutionnelle dans l'éventail des horaires pratiqués dans les services	Procéder à une harmonisation des durées horaires pratiquées dans l'établissement Si le nombre de durées horaires pratiqués dans l'établissement apparait comme particulièrement élevé, procéder à une démarche institutionnelle d'harmonisation
5	**Présentation des plannings**	**Détail des pistes de travail**
5.1	**Il existe un support commun à tout l'établissement pour présenter et tenir les plannings**	**Prévoir un support commun à tout l'établissement (éventuellement informatisé) pour présenter et tenir les plannings**

THÉMATIQUES EXPLORÉES

Modules	Temps soignant et secrétaires médicales (PNM)	Temps médical (PM)	Indicateurs PNM	Indicateurs PM
M1 : Dimensionnement effectifs et structuration organisations	• Maquettes organisationnelles • Continuité et permanence des soins • Organisation des remplacements • Recrutement – GPMC - renouvellement	• Trames organisationnelles et formalisation organisations • Continuité et permanence des soins • Indicateurs d'activité – productivité / ETP • Gestion des remplacements • Postes non pourvus • Charge et rythme de travail	• Absentéisme • Tension sur le marché de l'emploi	• Absentéisme • Tension sur le marché de l'emploi
M2 : Organisation technique du temps de travail (TT)	•Gouvernance du TT • Règles de décompte du TT • Organisation des présences et des rythmes • Tenue des plannings / gestion prévisionnelle • Présentation des plannings • Jours de CA, fériés, RTT et solidarité • Gestion des Heures sup et compteurs temps • Gestion des CET • Gestion des cas particuliers (nuit, tps partiel) • Informatisation de la gestion du temps	• Gouvernance du TT • Références annuelles et points réglementai • Tenue des tableaux de service et gestion prévisionnelle • Présentation des tableaux de service • Règles générales de décompte du temps • Jours de CA, fériés, RTT et solidarité • Temps additionnel et Heures sup (privé) • Gestion des CET • Informatisation de la gestion du temps	• Dette sociale • Heures sup • Poids des accords sociaux • Ecarts au statut	• CET et provision • TTA
M3 : Pilotage opérationnel du TT	• Déclinaison des règles de gestion • TT et dialogue social • Pilotage et modalités de contrôle • Pilotage des effectifs • Gestion de l'absentéisme • Gestion des remplacements • Formation des personnes en charge de la gestion du temps	• Déclinaison des règles de gestion • Temps de travail et dialogue social • Pilotage et modalités de contrôle • Processus de gestion et suivi des effectifs • Gestion de l'absentéisme • Gestion des remplacements • Contrats d'objectifs individuels (activité et TTA) • ETP présent / ETP rémunéré • Formation des personnes en charge de la gestion TT	• Intérim	• Intérim
M4 : Management transversal du TT	• Organisation médico-soignante • Recherche de synergie et complémentarité • Anticipation des fermetures ou réduction d'activité • Recrutement et mutualisation des ressources • Gestion des interfaces • Animation et développement du sentiment d'appartenance • Contenu des métiers et transferts de compétences • Temps ou ressources partagées sur le territoire		• Mutualisation ressources • Degré de concordance de l'évolution des effectifs	

SYNTHESE DES RESULTATS
SUR LES DIX ETABLISSEMENTS PILOTES

- **Préoccupations communes** mais niveaux de maturité managériale différents

- **Des attentes constantes sur l'ensemble du panel :**

  - **Module PNM**
    - ✓Validation des maquettes organisationnelles
    - ✓Formation des cadres et des chefs d'unité à la gestion des effectifs

  - **Module PM :**
    - ✓Elaboration des trames organisationnelles médicales (TOM)
    - ✓Production des tableaux de service annuels (congés) et prévisionnels mensuels
    - ✓Fort impact des difficultés de recrutement dans certaines disciplines

  - **Module transversal :**
    - ✓Amélioration de la cohérence des temps médicaux et non médicaux

    => Projet étape 2

UN PROJET EN DEUX TEMPS

Optimisation du temps de travail des professionnels hospitaliers auprès du patient

Etape 1 : Analyse de l'existant et élaboration d'un outil dédié

1. Elaboration de l'outil d'autoévaluation de l'optimisation du temps de travail des professionnels auprès du patient en établissement de santé **ÆTTAPES** (diffusé le 26/06/2012)
2. Etat des lieux de la maturité managériale du temps de travail

Etape 2 : Cohérence des temps médicaux et non médicaux

1. Diagnostic des gisements de performance + définition des pistes d'action
2. Accompagnement des établissements sur la mise en œuvre des actions retenues

APPUI A LA COHERENCE DES TEMPS MEDICAUX ET NON MEDICAUX DANS 11 ÉTABLISSEMENTS

FONDEMENT

- Remettre à l'ordre du jour **la notion d' « équipe de soins »** (cf. article 3 de la loi du 4 mars 2002)
- **L'équipe pluridisciplinaire n'est pas que la juxtaposition de professionnels**
- Tendre vers **une entité organisée qui sait travailler dans la complémentarité**
- Nécessité d'une **communauté de projet**

CONSTAT

- **Thème unanimement reconnu comme prioritaire** par les ES pilotes de l'étape 1
- **Porteur de gisements sur les trois axes de la performance** :
  - **Qualité des soins** : attente de synchronisation des acteurs dans la prise en charge
  - **Conditions de travail** : incidence sur la qualité - sécurité des soins, sur la bientraitance des patients générant satisfaction et valorisation professionnelle.
    A l'inverse **tensions et frustration** résultant de décalages de simultanéité
  - **Impact économique :** des **emplois improductifs** par défaut de cohérence générant CET, stock d'heures supplémentaires et intérim
- **Nécessitant une réflexion fédératrice** dans les unités de soins (ex. cohérence de maquettes soignantes valides avec des trames organisationnelles médicales à formaliser)
- **Disposant d'impacts facilement mesurables** => indicateurs de suivi

METHODE DU PROJET (1/2)

SELECTION DES ETABLISSEMENTS

- Information des ARS
- Priorité aux établissements ayant participé à l'élaboration de l'outil
- Sollicitation d'un engagement volontaire du directeur et du président de CME

EVALUATION ET DEFINITION DU PLAN D'ACTION

- Diagnostic partagé sur l'ensemble de l'établissement => priorisation des sites sensibles
- Mesure des conséquences
  - Qualitatives : qualité des soins, conditions de travail, perte de sens
  - Quantitatives : emplois improductifs, économies potentielles (heures supplémentaires, CET, intérim)
- Identification de pistes d'action ciblées, de leur portage et de leurs indicateurs de suivi

ACCOMPAGNEMENT

- Appui de l'ANAP sur les pistes d'action
- Suivi des indicateurs quantitatifs et qualitatifs
- Elaboration d'outils de cohérence des temps médicaux et non médicaux
- Partage d'expériences entre établissements pilotes
- Capitalisation
- Diffusion des méthodes et outils

METHODE DU PROJET (1/2

- **Accompagnement de 11 établissements dans 2 régions**

En Bretagne

- CHT Rance-Emeraude :
  - Dinan
  - Saint-Malo
- CHT d'Armor :
  - Saint-Brieuc
  - Guingamp
  - Lannion
  - Paimpol

En Lorraine

- CH de :
  - Verdun
  - Epinal
  - Remiremont
  - Bar-le-Duc – CHS de Fains-Véel
- Institut de cancérologie de Lorraine - Nancy

- **Selon un calendrier 2012 - 2013 en 2 phases**

AU BLOC OPÉRATOIRE

- **On ne peut y travailler qu'ensemble :**

  Brancardiers - AS - IBODE - IADE - Chirurgien – Anesthésiste

- **Tout maillon manquant interrompt/retarde la chaine des soins**

- **Retard au démarrage = risque de débordement**

- Exemples de perte de performance :
  - Attente inconfortable du patient
  - Démobilisation et perte de sens pour les professionnels
  - Heures d'exploitation perdues/ salle d'opération (1000 €/h), ETP inactifs

SUR LE PLATEAU D'IMAGERIE

- **Nécessité d'être en synergie : praticien, MER, secrétaire**
- **Unité stratégique pour les flux de patients hospitalisés**
- **Investissement coûteux**
- **Non concordance des temps = perte de disponibilité du service et augmentation des délais de prise en charge, allongement des DMS, perte de recettes externes**
- **Types de non concordance :**
  - Disponibilités praticiens/MER/secrétaires décalées et ne prenant pas en compte les besoins
  - Prévisibilité et concordance des congés

EN CONSULTATION EXTERNE

- **Nécessité d'acteurs alignés : praticien, infirmière, secrétaire, etc.**
- **Image de marque de l'établissement**
- **Retard au démarrage : risque de perte de clientèle et débordement**
- Exemples de perte de performance :
  - Conséquences de l'attente du patient (et de la nécessité de rattraper le temps perdu…)
  - Personnel : désynchronisation = perte de sens, démotivation, tensions entre les membres de l'équipe, etc.
  - Perte économique : flux, facturation, etc.

EN UNITÉ D'HOSPITALISATION

La nécessité d'un alignement des acteurs n'est pas apparente…

MAIS :

- **La décision/prescription médicale impacte les flux de patients et l'activité soignante**
- **Le retard ou la désynchronisation chronique de l'un des acteurs déstabilise l'équipe**
- **Il peut aussi y avoir un problème de cohérence médico-médicale, soignant-soignant ou secrétaire-secrétaire !**
- Exemples de perte de performance :
  - Le patient attend l'information, la décision de sortie, la prescription, etc.
  - Les soignants peinent à anticiper les flux de patients, à organiser leur planning de soins et d'exécution des prescriptions
  - Mauvaise optimisation des lits (TO, DMS, etc.), absentéisme

ELABORATION DES TRAMES ORGANISATIONNELLES MÉDICALES (TOM)

Anticiper les absences médicales

Ex. : consultations, bloc opératoire, pôle médico technique

Pour assurer la continuité des soins :

Ex. : urgences, services de soins

Exemples de perte de performance

- Patient : image de marque dégradée à cause des reports
- Etablissement : perte d'activité par annulation de certains patients
- Personnel : temps perdu consacré aux reports, difficulté d'adapter le personnel au volume d'activité

CONCLUSION

- **Production et capitalisation d'outils et de méthodes**

⇒ Pour une diffusion à grande échelle de ces expériences

- **Dans l'air du temps**

« […]Apprentissage du travail en équipe[…]

[…]Décloisonnement entre l'exercice des praticiens hospitaliers et des personnels de la fonction publique hospitalière[…]

[…] associer davantage les praticiens hospitaliers, au sein des établissements, au dialogue sur des sujets comme l'organisation du travail, l'organisation et la gestion des temps, l'articulation entre le temps médical et paramédical, […] »

Demande des hospitaliers reprise par Edouard COUTY dans son récent rapport pour un pacte de confiance pour l'hôpital

Merci pour votre attention

Contacts :

Monique ABAD monique.abad@anap.fr

Anne BELLANGER anne.bellanger@anap.fr

Jean-Pierre GLORIAN jeanpierre.glorian@ch-remiremont.fr

Stanislas JOHANET stanislas.johanet@anap.fr

DÉCISION & STRATÉGIE SANTÉ

LE TRAVAIL EN 12H : SOLUTION D'AVENIR OU FUITE EN AVANT ?

Jean-René LEDOYEN, Responsable de la Filière des Directeurs de Soins à l'EHESP

Mathias WAELLI, Maître de conférences IDM-EHESP

adRHess

GROUPE PROFESSION SANTÉ

DÉCISION & STRATÉGIE SANTÉ

COMMENT NE PAS RATER L'INFORMATISATION DU TEMPS DE TRAVAIL ?

CENTRE HOSPITALIER DE BLOIS

adRHess

GROUPE PROFESSION SANTÉ

Le contexte du projet

- 2600 professionnels
- 5 compteurs/agents concernés par le logiciel
- Un logiciel vieillissant et critiqué
- Méfiance forte des agents et des organisations syndicale par rapport aux règles de paramétrage
- Décision de changer le logiciel en 2010 : changement de DRH fin 2011 et de chef de projet début 2012

Les facteurs clés de succès

- La préparation :
  - Constituer une équipe hétérogène entre les différents acteurs : DRH, cadres, cadres supérieur
  - Mobiliser l'équipe derrière un objectif commun : réussir l'implantation du nouveau logiciel
  - Établir un état des lieux des besoins et attentes pour rédiger le marché
  - Changement de l'organisation interne de la DRH : regroupement des postes responsable paie et responsable temps de travail
  - Intégrer des compétences management de projet (RH et informatique) et des professionnels hors du champ hospitalier
  - Evaluer au plus juste le temps nécessaire à la mise en place : renforcement du temps informaticien

Les facteurs clés de succès

- La prise de décision :
  - Après visites de sites et étude du marché en rédigeant le cahier des charges
  - Intégrer les bons acteurs à savoir :
    * la direction des ressources humaines
    * les services de soins
    * le service informatique
    * les organisations syndicales
  - **Décider vite** : choix du prestataire, calendrier….. Et **maintenir des décisions** pour éviter les retours en arrière
  - Laisser une autonomie de décision forte au groupe projet

Les facteurs clés de succès

- L'action à partir du choix du prestataire :
  - Organisation de réunions d'échanges et opérationnelles dans le but de paramétrer le logiciel et de répartir au mieux les taches de chacun
  - Recensement et planification des formations : très larges
    - Les organisations syndicales ont été formées par exemple
  - Communication en deux temps (pas trop tôt et pas trop tard !) :
    - Restreint : cadre, instance et articles dans le journal à M-8
    - Présentations générales du logiciel à tous les agents à M-1

Les facteurs clés de succès

- Le débriefing :
  - But : faire mieux et apprendre c'est-à-dire améliorer nos actions et les circuits d'information notamment au sein de la DRH afin de répondre le plus rapidement aux besoins des utilisateurs.
  - Réalisation d'ateliers (réunion d'information avec travaux pratiques) pour la validation du temps et la compréhension des compteurs
  - Réalisation de fascicules pour illustrer les ateliers : petit manuels explicatifs avec un zoom sur comment et pourquoi utiliser telle ou telle application
  - Réalisation d'un guide des bonnes pratiques (trucs et astuces)

Les opportunités

- Rétablir des règles :
  - Le cadre est responsable du planning
  - Des horaires « fictifs » non connus de la DRH
  - Des pratiques non règlementaires et/ou non équitables
  - ….
- Renouer le dialogue social sur un sujet hautement sensible
  - Exemple du temps de travail de nuit
- Réorganiser la DRH avec plus de cohérence

Les échecs

- Manque de moyens alloués au projet :
  - Alloué au projet : informaticien à ½ temps, responsable paie et TT à 70%, gestionnaire RH 50%,
  - Une équipe projet insuffisamment impliquée individuellement : 1 CSS et un CS très impliqués seulement
  - Conséquence : insécurité, coûts en intervention externe, difficiles transferts de compétences
- Une définition du besoin qui ne s'était pas fait assez en concertation interne à la DRH
- Informatique : serveurs, postes informatiques
- L'après : suivi de l'éditeur

Merci de votre attention

Quelles sont vos questions ?

DÉCISION & STRATÉGIE SANTÉ

CLÔTURE

Aurélien MOLLARD, Vice-Président de l'ADRHESS, DRH de l'Hôpital Antoine Béclère, Hôpitaux universitaires Paris Sud, AP-HP

adRHess

GROUPE PROFESSION SANTÉ